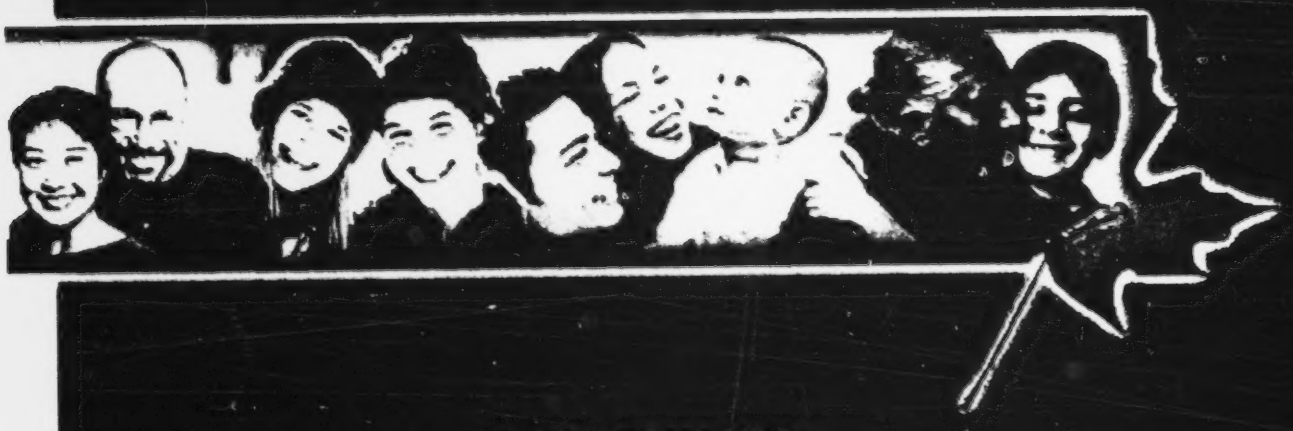
Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

GUIDÉ PAR NOS VALEURS

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA



ROY J. ROMANOW, C.R.
COMMISSAIRE

Rapport final

NOVEMBRE 2002

GUIDÉ PAR NOS VALEURS

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

103-01372

« Noter que la générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. »

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport Final

Commissaire : Roy J. Romanow.
Publ. aussi en anglais sous le titre :
Building on Values: The Future of Health Care in Canada
Comprend des références bibliographiques.
Publ. aussi sur en version inprimée
ISBN 0-662-87955-4
No. de cat. CP32-85/2002F-IN

1. Soins médicaux — Canada.
2. Santé publique — Canada.
3. Politique sanitaire — Canada.
4. Santé, Services de — Administration — Canada.
II. Romanow, Roy J.
II. Titre.

RA412.5C2S52 2002 362.1'0971 C2002-980276-8

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commissaire
Roy J. Romanow, c.r.
Directeur executif
Gregory Marchildon
C.P. 160, Succursale Main
Saskatoon Canada S7K 3K4
306 975-6888 Télécopieur *306* 975-6890
www.commissionsoinsdesante.ca

Commissioner
Roy J. Romanow Q.C.
Executive Director
Gregory Marchildon, PhD
P.O. Box 160, Station Main
Saskatoon, Canada S7K 3K4
306 975-6888 Fax *306* 975-6890
www.healthcarecommission.ca

Novembre 2002

À SON EXCELLENCE, LA GOUVERNEURE EN CONSEIL

En vertu de l'arrêt-en-conseil, C.P. 2001-569, j'ai été nommé et chargé de faire enquête et d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système de soins de santé public du Canada, et de recommander les politiques et les mesures en respectant la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada, qui sont nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part.

Je suis heureux de signaler que les nombreuses consultations tenues par ma Commission auprès des Canadiens indiquent qu'ils demeurent fidèles aux idéaux de l'assurance-santé et qu'ils sont disposés à modifier certaines méthodes et pratiques en vue d'assurer la viabilité du système au XXI[ième] siècle. J'ai tablé sur leur expérience et leur sagesse, de même que sur les meilleures données et recherches, pour formuler mes conclusions et mes recommandations.

Je suis honoré d'avoir été invité à accomplir ce mandat et je suis heureux de soumettre à votre examen le Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Bien à vous,

Roy J. Romanow, c.r.
Commissaire

TABLE DES MATIÈRES

MANDAT xi

UN MESSAGE POUR LES CANADIENS xv

SOMMAIRE xxv

1 L'AVENIR DE L'ASSURANCE-SANTÉ 1
- Qu'entend-on par « viabilité »? 1
- Santé et services de santé 2
  - Soins de santé et Constitution canadienne 3
  - L'assurance-santé et au-delà 4
  - Prestation de services privés à but lucratif — Le débat 6
- Besoins et résultats 9
  - Performance du système canadien 10
  - Faculté de s'attaquer à certaines maladies 16
  - Disparités à l'intérieur du Canada 16
  - Vieillissement de la population 20
- Ressources du système — Le financement 23
  - Importance des impôts au Canada 24
  - Recours à l'assurance privée et aux dépenses personnelles 24
  - Équilibre entre financement public et financement privé des soins de santé 27
  - Autres sources de financement 28
- Viabilité du système de santé du Canada — Préparer l'avenir 44

2 LA SANTÉ, LA CITOYENNETÉ, LE FÉDÉRALISME 47
- Orientations proposées 47
- Arguments en faveur du changement 47
- Établir un Pacte canadien sur la santé 51
  - Engagement envers les Canadiens 51

Définir la vision de l'avenir — Leadership national dans le domaine de la santé 56
Nouvelle conception du leadership national 56
Rôle du Conseil de la santé du Canada 58
Fonctionnement et structure du Conseil de la santé 62
Actualiser la *Loi canadienne sur la santé* 64
Principes d'une *Loi canadienne sur la santé* actualisée 64
Élargir la protection du régime d'assurance-santé — À court terme et à long terme 68
Définir plus clairement la protection offerte par la *Loi canadienne sur la santé* 69
Assurer un financement fédéral stable et prévisible 70
Un nouveau Transfert canadien en matière de santé 71
Régler les problèmes de financement à court terme 77
Que signifient ces changements pour les Canadiens? 79

3 L'INFORMATION, LES DONNÉES, LES IDÉES 81
Orientations proposées 81
Arguments en faveur du changement 81
Créer l'infrastructure de la technologie de l'information sur la santé du Canada 82
Produire des dossiers de santé personnels électroniques 83
Un rôle de meneur pour l'Inforoute Santé du Canada 86
Habiliter les Canadiens et protéger leur vie privée 87
Enrichir les connaissances sur la santé 88
Rationaliser et améliorer l'évaluation de la technologie de la santé au Canada 90
Importance grandissante de l'évaluation de la technologie de la santé 90
Développer l'évaluation de la technologie de la santé au Canada 93
Enrichir la base de données de recherche en santé du Canada 94
Passer aux étapes suivantes pour élargir notre base de connaissances 95
Forger de meilleurs liens 97
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 98

4 INVESTIR DANS LES PROFESSIONNELS 99
Orientations proposées 99
Arguments en faveur du changement 99
Situation actuelle de la main-d'œuvre canadienne en santé 101
Situation du personnel infirmier 103
Accès aux médecins 105
Rémunération des infirmières et des médecins 110
La mobilité des professionnels de la santé à l'échelle internationale 111
Dispensateurs de soins du milieu paramédical et gestionnaires de la santé 112
Nécessité d'une action au plan national 114

Investissements immédiats dans les personnes et le changement 114
Combler les lacunes de l'offre et de la répartition 115
Modifier les rôles et responsabilités 116
Planification des changements à long terme 118
Améliorer l'information sur la main-d'oeuvre canadienne en santé 119
Examiner et renouveler les programmes d'études et de formation à l'intention des professionnels de la santé 119
Élaborer un plan global pour préparer l'avenir de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé 120
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 124

5 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET PRÉVENTION 127
Orientations proposées 127
Arguments en faveur du changement 127
Soins de santé primaires au Canada — perspectives et obstacles 129
Les possibilités découlant des soins de santé primaires 129
Obstacles aux soins de santé primaires 130
Nouvelles approches en matière de soins de santé primaires 132
Accélérer le changement dans le secteur des soins de santé primaires 134
Utiliser le Transfert en matière de soins primaires comme catalyseur du changement 134
Mise en place de quatre axes essentiels 134
Donner l'élan à l'échelle nationale, s'attaquer aux obstacles et rendre compte des progrès accomplis 139
Donner et garder l'élan 139
Intégrer la prévention aux soins de santé primaires 142
Promouvoir la bonne santé 142
S'attaquer aux grandes causes des principaux problèmes de santé 143
Une stratégie nationale d'immunisation 149
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 149

6 ACCROÎTRE L'ACCÈS, ASSURER LA QUALITÉ 151
Orientations proposées 151
Arguments en faveur du changement 151
Réduire les temps d'attente et gérer les listes d'attente 152
Attendre de recevoir des soins de santé 152
Gérer les listes d'attente 157
Prendre en considération les garanties de soins 159
Améliorer la qualité 165
Évaluer la qualité dans le système de santé du Canada 165
Établir une conception générale de la qualité dans les soins de santé 167

Mesurer et améliorer la qualité 168
Lier la mesure de la performance à l'amélioration de la qualité 169
Améliorer l'accès pour les minorités de langues officielles 170
Améliorer l'accès et la qualité pour les minorités de langues officielles 170
Répondre aux besoins divers des Canadiens en matière de santé 172
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 173

7 LES COMMUNAUTÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES 175
Orientations proposées 175
Arguments en faveur du changement 175
Définition des enjeux 176
Disparités en matière de santé 177
Disparités en matière d'accès aux soins de santé 178
Disparités en matière d'accès aux professionnels de la santé 179
Différentes approches 180
Définition d'une vision et de principes clairs 181
Améliorer l'accès aux soins de santé 183
Accroître l'offre de professionnels de la santé dans les petites collectivités 183
Élargir les approches de télésanté 183
Améliorer la santé 185
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 186

8 SOINS À DOMICILE — LE PROCHAIN SERVICE ESSENTIEL 187
Orientations proposées 187
Arguments en faveur du changement 187
Soins à domicile au Canada 189
Variations dans l'ensemble du pays 189
Financement des soins à domicile 190
Regard sur l'avenir 192
Faire des soins à domicile le prochain service essentiel 193
Définir et financer un programme national de services de soins à domicile 193
Prise en charge des cas de santé mentale à domicile et interventions 194
Soins à domicile en phase post-aigue 197
Soins palliatifs à domicile 199
Améliorer le soutien des aidants naturels 201
Reconnaître le rôle des aidants naturels 201
Prendre les prochaines mesures 202
Ressources humaines en santé adéquates et pertinentes 203
Continuité et coordination des soins de santé 203

Intégration avec les soins de santé primaires 205
Élargir le panier de soins à domicile 205
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 206

9 Les médicaments d'ordonnance 207
Orientations proposées 207
Arguments en faveur du changement 207
Aperçu des médicaments d'ordonnance au Canada 210
Rôle croissant des médicaments d'ordonnance 210
Accès aux médicaments et couverture des médicaments 213
Coût des médicaments d'ordonnance 215
Création d'un nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments 216
Création d'une Agence canadienne du médicament 218
Déceler les problèmes posés par l'approche actuelle 218
Rôles, responsabilités et financement de l'Agence canadienne du médicament 221
Avantages d'une Agence canadienne du médicament 223
Établissement d'une liste nationale 226
Intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé 227
Gestion des médicaments et soins de santé primaires 227
Collecte et partage d'information 228
Examen de certains aspects de la protection des brevets 229
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 231

10 Une nouvelle approche pour la santé autochtone 233
Orientations proposées 233
Arguments en faveur du changement 233
Remettre les Autochtones « dans le circuit » 234
Postulats constitutionnels 234
Financement des services de santé 237
État de santé 241
Accès aux services de santé 243
Diversité culturelle et politique 245
La question des territoires du Nord 245
Une solution innovatrice 247
Une approche de la santé misant sur le partenariat 247
Cadres et financement 249
Création de partenariats pour la santé autochtone 250
Fonctionnement des partenariats 251

Structures de direction et obligation de rendre compte 252
Scénarios possibles concernant les partenariats pour la santé autochtone 253
Qu'est-ce que cela signifie pour les Canadiens? 255

11 Santé et mondialisation 257
Orientations proposées 257
Arguments en faveur du changement 257
La mondialisation et ses retombées pour le Canada 258
Les soins de santé et les accords commerciaux internationaux 260
Le commerce des soins de santé 263
La santé, priorité de la politique étrangère du Canada 265
Prémunir le système de santé canadien contre les effets négatifs des accords internationaux 266
Éviter les contestations en vertu des accords internationaux 266
Bâtir des alliances avec d'autres pays 267
Améliorer la santé dans les pays en développement 268
Jouer un rôle de chef de file international 269
Implanter des systèmes de santé dans les pays en développement 269
Partager l'information avec les autres pays 270
Qu'est ce que cela signifie pour les Canadiens? 271

Conclusion 273
Recommandations 274
Échéancier proposé de mise en œuvre des recommandations 281

Annexes 285
A Propositions 287
B Consultations 299
C Programme de recherche externe 329
D Personnel de la Commission 337
E Données historiques sur les dépenses et les transferts en matière de santé au Canada, 1968 à 2002 339
F Organisations de soins de santé primaires au Canada, 2002 349
G Estimation par les consultants des coûts des soins à domicile ciblés 353
H Remerciements 361

Liste des figures, tableaux et cartes 363

Bibliographie 369

C.P. 2001-569

CANADA
CONSEIL PRIVÉ

Copie certifiée conforme au procès-verbal d'une réunion du Comité du Conseil privé, approuvé par Son Excellence la Gouverneure générale le 3 avril 2001

Attendu que tous les Canadiens se préoccupent de jouir d'une bonne santé et de l'entretenir ainsi que d'assurer un accès universel à des services de santé de qualité;

Attendu que, en septembre 2000, tous les premiers ministres ont affirmé, au nom des Canadiens, leur appui pour une vision commune de la santé et pour les cinq principes formulés dans la *Loi canadienne sur la santé*;

Attendu que, en plus de convenir de mesures précises, tous les premiers ministres se sont engagés, en leur propre nom et en celui de leurs gouvernements, à former un partenariat afin de renforcer et de renouveler les services de santé au profit des Canadiens;

Attendu que le profond attachement des Canadiens à un système de santé répondant aux besoins de tous et l'engagement des gouvernements à travailler de concert constituent le fondement d'un dialogue public sur la viabilité à long terme du système de soins de santé public du Canada,

À ces causes, le Comité du Conseil privé, sur recommandation du premier ministre,

a) recommande que soit émise, conformément à la partie I de la *Loi sur les enquêtes*, une commission revêtue du grand sceau du Canada portant que M. Roy J. Romanow, c.r., est nommé commissaire et chargé de faire enquête et d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système de soins de santé public du Canada, et de recommander les politiques et les mesures en respectant la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada, qui sont nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part;

b) ordonne que le commissaire soit autorisé à mener les travaux de l'enquête en deux étapes, la première devant porter sur la collecte de renseignements et aboutir à un rapport provisoire, et la seconde devant mettre l'accent sur le dialogue avec le public canadien et les parties intéressées, sur la base du rapport provisoire;

c) ordonne en outre que le commissaire présente au gouverneur en conseil un rapport provisoire (fondé sur les travaux de la première étape) dans les deux langues officielles, dans environ neuf mois, et un rapport final (fondé sur le rapport provisoire et les travaux de la deuxième étape) assorti de recommandations, dans les deux langues officielles, vers le mois de novembre 2002;

d) recommande

(i) que le commissaire soit autorisé à nommer des conseillers et à créer les mécanismes consultatifs qu'il jugera à propos pour les besoins de l'enquête,

(ii) que le commissaire soit autorisé à consulter les provinces et les territoires ainsi que les groupes et particuliers s'intéressant aux soins de santé au Canada ou ayant des responsabilités en la matière, et à employer les moyens et modes de communication nécessaires pour assurer un dialogue avec les Canadiens pendant la durée de l'enquête,

(iii) que le commissaire soit autorisé à adopter les procédures et méthodes qu'il jugera à propos pour la bonne conduite de l'enquête, et à siéger aux dates et aux endroits du Canada qu'il déterminera,

(iv) que le commissaire soit autorisé à louer les locaux et les installations nécessaires à l'enquête, en conformité avec les politiques du Conseil du Trésor,

(v) que le commissaire soit autorisé à retenir les services d'experts et d'autres personnes mentionnées à l'article 11 de la *Loi sur les enquêtes*, et à leur verser la rémunération et les indemnités qu'approuvera le Conseil du Trésor,

(vi) que le commissaire reçoive instruction d'envisager et de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les renseignements classifiés lorsqu'il établira ses rapports provisoire et final,

(vii) que le commissaire reçoive instruction de remettre les documents et dossiers de l'enquête au greffier du Conseil privé le plus tôt possible après la fin de l'enquête.

CERTIFIED TO BE A TRUE COPY-COPIE CERTIFIÉE CONFORME

CLERK OF THE PRIVY COUNCIL - LE GREFFIER DU CONSEIL PRIVÉ

UN MESSAGE POUR LES CANADIENS

En avril 2001, le Premier ministre a créé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et m'a conféré le privilège d'en être l'unique commissaire. J'ai reçu comme mandat d'examiner le régime d'assurance-santé, d'entamer un dialogue national sur l'avenir de ce régime et de formuler des recommandations en vue d'en améliorer la qualité et la viabilité. À l'époque, j'ai promis aux Canadiens que toute recommandation que je pourrais présenter pour renforcer ce programme qui leur est si cher serait fondée sur des données probantes et tiendrait compte des valeurs qu'ils partagent. J'ai tenu parole.

Mon équipe et moi-même avons travaillé d'arrache-pied en vue de colliger les meilleures données disponibles. Nous avons commencé par analyser les rapports existants sur le régime d'assurance-santé et invité des particuliers et des organisations qui étaient intéressés à nous présenter des mémoires. Pour arriver à mieux comprendre les questions fondamentales, nous avons organisé des tables rondes réunissant des experts et nous nous sommes rendus sur le terrain, dans les organisations et les lieux de décision, tant au Canada qu'à l'étranger. Lorsque nous avons constaté certaines lacunes dans les connaissances ou avions besoin d'un regard neuf sur certaines questions, nous avons demandé à des experts indépendants d'effectuer des recherches innovatrices sur le sujet. Enfin, j'ai rencontré personnellement les plus éminents spécialistes canadiens dans le domaine de la politique de la santé pour m'informer de leur point de vue, en tentant à chaque fois que ces échanges fassent apparaître les problèmes sous un jour nouveau.

Nous nous sommes également efforcés de faire participer les Canadiens à nos consultations, puisque, en bout de ligne, c'est à eux qu'appartient le régime d'assurance-santé. Nous nous sommes associés aux télédiffuseurs, aux universités, au secteur privé, aux groupes de soutien, aux associations et aux responsables des politiques de la santé pour sensibiliser la population aux défis que doit relever le régime d'assurance-santé. La contribution des chercheurs en santé à cet égard a été inestimable. Nous avons également établi des contacts officiels avec les gouvernements provinciaux afin d'échanger des informations et j'ai discuté avec les premiers ministres et de nombreux ministres de la Santé. J'ai également eu le privilège de diriger un exercice de consultation parmi les plus vastes, les plus ambitieux et les plus réussis à avoir été mené dans l'histoire du pays. Des dizaines de milliers de Canadiens y ont participé, nous faisant part avec passion et éloquence de leurs réflexions sur la façon de protéger et d'améliorer le système. Nous avons également consulté des experts en santé ainsi que des Canadiens pour interpréter les résultats de tous ces efforts. Ce processus a été marqué au coin du respect, de la transparence, de l'objectivité, et dans une perspective très large et ouverte.

Ces dix-huit derniers mois ont été parmi les plus stimulants et les plus gratifiants de ma carrière politique, qui s'étale sur plus de trois décennies. Après avoir examiné les recherches et rencontré des Canadiens d'un bout à l'autre du pays, j'ai plus que jamais confiance en la capacité de notre système à répondre aux besoins actuels et futurs. La population demeure très attachée aux valeurs de base qui sont au coeur du régime d'assurance-santé et au système lui-même qui a bien fonctionné dans le passé. Si les Canadiens sont prêts à assurer la viabilité du régime d'assurance-santé, il faut, à mon avis, passer à une nouvelle étape et transformer celui-ci en un système de santé vraiment national, plus intégré, mieux adapté à nos besoins et davantage axé sur l'imputabilité. L'objectif primordial doit être de faire en sorte que la santé des Canadiens soit meilleure que partout ailleurs dans le monde. Un leadership solide et la participation des Canadiens sont des atouts indispensables si l'on veut préserver un système viable et fidèle à nos valeurs.

Les Canadiens demeurent attachés aux valeurs de base du système

Dans les discussions que nous avons eues ensemble, les Canadiens ont indiqué clairement qu'ils appuient avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, à savoir l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à leur conception de la citoyenneté. Les Canadiens considèrent l'accès équitable et en temps opportun à des services de soins de santé médicalement nécessaires comme un droit inhérent à la citoyenneté et non comme l'apanage des personnes bien en vue ou fortunées. Guidés par ces valeurs, les Canadiens en sont venus à considérer leur système de santé comme un programme national, mis en oeuvre à une échelle locale, mais s'appuyant sur la collaboration de tous les gouvernements et une compréhension mutuelle de leurs valeurs communes. Ils tiennent et s'attendent à ce que leurs gouvernements veillent conjointement à ce que les politiques et programmes qui font partie intégrante du régime d'assurance-santé respectent ces valeurs.

Le régime d'assurance-santé a très bien servi les intérêts des Canadiens

Les discours souvent enflammés concernant les coûts, l'efficacité et la viabilité du régime d'assurance-santé sont heureusement démentis par la réalité. Les résultats que nous avons obtenus sur le plan de la santé, à quelques exceptions près, sont parmi les meilleurs au monde, et une forte majorité de Canadiens qui utilisent le système sont très satisfaits de la qualité et du niveau de soins qu'ils reçoivent. Le régime d'assurance-santé a toujours permis à la plupart des Canadiens qui en avaient besoin, et non uniquement à ceux qui en avaient les moyens, d'avoir accès facilement et rapidement à des soins de qualité à un coût abordable. Ce régime a contribué à notre compétitivité sur le plan international, au niveau de vie extraordinaire dont nous jouissons ainsi qu'à la qualité et à la productivité de notre main-d'œuvre.

La viabilité de notre système ne dépend que de nous

Depuis des années, les Canadiens ont été bombardés par toute sorte d'arguments de plus en plus acerbes concernant la « viabilité » du régime d'assurance-santé. On leur a dit que les coûts ne cessaient de grimper et que la qualité des services allait en diminuant. On leur a fait miroiter que les attentes insatiables des citoyens, le vieillissement de la population et le coût des nouvelles technologies médicales et des médicaments d'ordonnance ne manqueraient pas d'ébranler le

système. On a également fait valoir que les dépenses en santé augmentaient au détriment de d'autres domaines où l'on a également besoin d'investissements. L'une des questions fondamentales à laquelle doit répondre mon rapport est donc celle de savoir si le régime d'assurance-santé est viable. Je vous répondrai en disant que cela dépend de notre détermination à agir pour y parvenir.

Les gouvernements parlent de la viabilité en termes de « coûts » et de répercussions financières. On cherche souvent davantage à savoir « qui » paie plutôt que « combien » on paie. En écoutant ces débats, on a parfois du mal à se rendre compte que les dépenses en santé au Canada sont proportionnellement comparables à celles de la plupart des pays du monde occidental, qu'elles sont beaucoup plus modestes qu'aux États-Unis et que l'on consacre une plus faible portion de notre produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Une autre opinion qui circule, et qui est encore plus inquiétante, est que notre système de santé est guidé par une sorte de « pilote automatique » et doit suivre sa course de manière immuable. À mon avis, cette opinion fait fi de l'ingénuité et de l'esprit d'innovation qui a, depuis si longtemps, caractérisé la façon de faire canadienne. C'est un point de vue dénué de fondement et erroné. Les gouvernements peuvent faire des choix éclairés concernant les domaines où ils doivent investir et les moyens à privilégier; ils peuvent modifier les orientations actuelles en matière de dépenses. De meilleures pratiques de gestion, des institutions plus flexibles et coopératives et un accent plus marqué sur la prévention peuvent faire économiser d'importantes sommes d'argent. Les progrès technologiques peuvent également contribuer à améliorer les résultats sur le plan de la santé et permettre de déployer plus efficacement les ressources financières et humaines limitées dont nous disposons. L'histoire de notre système de santé est en effet truffée d'exemples d'excellence en innovation, plusieurs étant de calibre international. La grande question est de savoir si nous disposons des bonnes données et si nous avons le courage nécessaire pour faire des choix qui favorisent la viabilité du système.

De toute évidence, des sommes additionnelles doivent être investies. Au début des années 1990, la part du gouvernement fédéral dans le financement du système a diminué de façon marquée. Bien que, ces dernières années, le gouvernement fédéral ait réinvesti des sommes importantes dans le système de santé, sa contribution demeure inférieure à ce qu'elle a déjà été et à ce qu'elle devrait être. Je recommande donc l'établissement d'un seuil minimal de financement de la part du gouvernement fédéral, de même qu'une nouvelle entente qui assurerait un financement plus stable et prévisible, à la condition que cette nouvelle contribution vienne appuyer les transformations décrites dans le présent rapport. De nouvelles ressources doivent servir à faire émerger un système nouveau, pas à perpétuer l'ancien système.

Chaque Canadien voit la viabilité d'un point de vue très différent. La question clé pour les Canadiens demeure toutefois : « Aurais-je accès au régime d'assurance-santé lorsque j'en aurai besoin? » Et bien qu'il ressorte clairement qu'une majorité de Canadiens appuie le régime d'assurance-santé dans sa forme actuelle, il faut admettre que celui-ci n'est pas parfait. Certaines personnes, en particulier les Autochtones et celles qui vivent dans les régions rurales et éloignées du pays, ne peuvent encore avoir accès aux services médicaux là et au moment où elles en ont besoin. Par ailleurs, certaines pratiques non efficientes et l'inadéquation de l'offre à la demande entraînent des délais d'attente tout à fait inacceptables pour certaines interventions médicales. Il faut s'attaquer en priorité à ces problèmes, sinon ceux-ci éroderont à la longue la confiance de

la population en le régime d'assurance-santé et, du même coup, le consensus concernant la nécessité de maintenir ce régime. Je recommande donc de nouvelles mesures visant à favoriser un accès plus rapide aux soins, à améliorer la qualité des soins dispensés par le système, à promouvoir une approche mieux coordonnée de la planification des ressources humaines en santé et un accent spécial sur les besoins de santé des Autochtones.

Il faut également renouveler notre vision du régime d'assurance-santé et l'adapter aux réalités d'aujourd'hui. Dans les premières années, le régime pouvait se résumer en deux mots : hôpitaux et médecins. Cette situation reflétait bien les conditions de l'époque, mais la réalité est devenue plus complexe au XXI^{e} siècle. D'un côté, malgré les transformations considérables au cours des 40 dernières années, le régime d'assurance-santé est toujours en grande partie centré sur les hôpitaux et les médecins. De l'autre, les soins à domicile occupent aujourd'hui une place de plus en plus importante dans le système, la chirurgie de jour ayant remplacé les interventions qui, autrefois, imposaient des semaines de convalescence à l'hôpital. Le coût des médicaments, qui représentait auparavant une petite portion des coûts totaux de santé, grimpe en flèche et constitue l'une des plus importantes dépenses du système. Or, le coût afférent à certains traitements médicamenteux ou à la prestation de soins prolongés à domicile à un membre de la famille gravement malade peut être financièrement dévastateur et acculer une famille à la faillite. Cela ne cadre pas avec la philosophie et les valeurs sur lesquelles repose le régime d'assurance-santé. Un changement s'impose. Je recommande donc que les soins à domicile soient reconnus comme un service pris en charge par l'État dans le cadre du régime d'assurance-santé et que des fonds nouveaux soient investis en priorité dans l'établissement d'un cadre national pour les soins à domicile. Je recommande également la création d'une stratégie nationale relative aux médicaments, notamment un programme d'assurance-médicaments pour les situations catastrophiques afin de protéger les familles canadiennes.

Je sais que ces approches ne manqueront pas de susciter des débats passionnés au Canada, en particulier parmi les partisans d'une moins grande participation de l'État et d'une réduction de son engagement financier à l'égard des soins de santé. Cependant, il ne faut pas seulement considérer les coûts assumés par les gouvernements, il faut aussi considérer ce qu'il en coûte aux Canadiens. Un programme d'assurance-santé plus étroit pourrait permettre aux gouvernements d'investir des deniers publics dans d'autres domaines prioritaires ou simplement de réduire les impôts. Mais d'une façon ou d'une autre, les Canadiens seraient obligés d'assumer personnellement le coût de services nécessaires qui ne seraient plus assurés. À mon avis, tout cela est contraire à l'esprit et à l'intention du régime d'assurance-santé et ne correspond pas à la façon de faire des Canadiens.

Ce que les Canadiens veulent et ce dont ils ont besoin, c'est d'un système de santé vraiment national

Comme je l'ai mentionné précédemment, les Canadiens tiennent au régime d'assurance-santé, car pour eux c'est un droit inhérent à la citoyenneté. Ils souscrivent aux valeurs dont s'inspire le régime, non aux caractéristiques particulières du système en place dans leur province ou territoire. Les Canadiens s'attendent à ce que le système leur garantisse un accès relativement similaire à un ensemble comparable de services assurés de qualité égale, peu importe l'endroit où ils vivent. Ils s'attendent également à ce que les gouvernements, les fournisseurs de services et les dispensateurs de soins collaborent au maintien d'un tel système.

Le fait que les Canadiens perçoivent les soins de santé comme un enjeu national ne devrait pas servir de prétexte à une intrusion du gouvernement fédéral dans un domaine de responsabilité essentiellement provincial. On ne devrait pas non plus en déduire qu'il faut adopter une approche uniforme de la prestation des soins de santé. Dans un pays aussi diversifié géographiquement, économiquement, régionalement et culturellement, une telle approche n'est ni réaliste ni souhaitable. Mais le régime d'assurance-santé doit être constamment renouvelé et sans cesse perfectionné s'il veut demeurer pertinent et viable. Une nouvelle approche commune doit donc être adoptée pour encourager et non pour restreindre l'innovation. Si on laisse le régime sombrer dans l'immobilisme, l'usure en viendra finalement à bout.

Les Canadiens reconnaissent que les maladies et les accidents épargnent peu de personnes. Ils comprennent que l'organisation des soins de santé basée uniquement sur le respect des balises constitutionnelles ou des frontières provinciales n'est pas très logique en pratique. Or ils se rendent compte que, parfois à dessein, parfois pour des raisons financières et plus souvent par défaut, les provinces sont de plus en plus disposées à faire cavalier seul lorsque leur « système » de santé est concerné. On se trouve donc aujourd'hui à un tournant de notre histoire. Si on laisse aller les choses, on aboutira inévitablement à treize systèmes de santé distincts, chacun comportant ses propres méthodes de paiement, ses propres modes de prestation et ses propres résultats, tout cela dans le contexte d'un débat de plus en plus difficile et déstabilisant concernant la nation canadienne, ses valeurs et ses principes.

Ce n'est pas la façon à privilégier afin de renouveler un programme ayant un tel impact sur les individus et notre nation et ce n'est sûrement pas la façon de renforcer les piliers sur lesquels notre pays repose. Le temps est venu pour les gouvernements, les professionnels de la santé et les citoyens canadiens d'unir leurs efforts en vue de renouveler le système de santé. Les Canadiens considèrent le régime d'assurance-santé comme un bien public, un symbole national et un aspect intrinsèque de leur citoyenneté. Je recommande donc une série de mesures visant à moderniser les fondements législatifs et institutionnels du régime d'assurance-santé de façon à ce que les gouvernements soient mieux à même d'apporter les changements requis pour donner aux Canadiens le système de santé qu'ils désirent.

Ce que les Canadiens veulent et ce dont ils ont besoin, c'est d'un système de santé plus intégré

Nous devons passer d'un « système » de santé où une multitude de participants travaillent, chacun de leur côté, en s'efforçant surtout de prendre en charge la maladie, à un système où ses participants collaborent à la prestation d'un éventail continu et intégré de services, allant de la prévention et de la promotion de la santé aux soins de fin de vie, en passant par les soins de santé primaires, les soins hospitaliers, les soins communautaires, les soins en santé mentale et les soins à domicile.

En effet, est-il légitime de dire « notre » système de santé quand des citoyens dans une région du pays doivent payer de leur poche pour des services de santé « médicalement nécessaires » qui sont offerts gratuitement dans d'autres régions, ou encore lorsque les règles du jeu concernant la nature des intervenants et les circonstances où ils peuvent donner des soins varient selon les provinces ou territoires?

On trouve de nombreux exemples de « chaînons manquants » à l'intérieur du réseau de la santé. Des personnes âgées qui ont obtenu leur congé de l'hôpital ne peuvent trouver les services communautaires ou à domicile dont elles ont besoin ou, si elles les trouvent, ne peuvent se les payer. Il y a aussi des femmes — une sur cinq — qui prennent soin d'une personne à la maison, en moyenne 28 heures par semaine; la moitié d'entre elles travaillent à l'extérieur, bon nombre ont des enfants et presque toutes subissent un stress extrême. Citons encore l'exemple des professionnels de la santé, de plus en plus stressés, qui doivent effectuer des tâches qui ne correspondent pas à leurs compétences ni à leur formation. Il y a aussi les patients qui sont obligés de se frayer un chemin dans un labyrinthe complexe et déshumanisant à la recherche du bon spécialiste, de l'établissement le plus proche, du meilleur traitement. Et que dire des personnes qui sont obligées de repasser des épreuves de laboratoire, de raconter leurs antécédents médicaux à de multiples reprises. Des mesures claires et décisives doivent être prises pour moderniser le système et le rendre plus durable et plus attentif aux besoins. Je recommande donc un ensemble de mesures pour créer un système plus intégré dont les éléments s'imbriquent de façon plus harmonieuse.

Ce que les Canadiens veulent et ce dont ils ont besoin, c'est d'un système de santé plus responsable

L'imputabilité du système doit également être améliorée. Les soins de santé au Canada représentent maintenant une industrie de 100 milliards de dollars et l'une des plus importantes dépenses de la société. Or, aucun palier de gouvernement ne s'est très bien acquitté de la tâche de rendre compte de l'efficacité avec laquelle l'argent des contribuables est dépensé. La confusion règne toujours dans l'esprit des Canadiens quant à la responsabilité financière de chaque palier de gouvernement : dans le système de santé, qui paie quoi?

Les Canadiens sont les « actionnaires » du système public de santé. Ils en sont les propriétaires et la seule raison d'être. Malgré tout, ils sont souvent tenus à l'écart, on s'attend à ce qu'ils acceptent aveuglément les affirmations présentées comme des faits et on les invite à croire simplement que gouvernements et dispensateurs de services feront leur travail. Les Canadiens ont droit d'avoir accès aux faits. Les Canadiens n'acceptent plus de se faire dire que les choses vont mieux ou que la situation s'améliorera; ils veulent qu'on leur en fournisse la preuve. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe avec les listes d'attente, les budgets des soins de santé, le nombre de lits d'hôpitaux, de médecins et d'infirmières; ils ont le droit de savoir si les lacunes sont comblées, si les services communautaires et à domicile sont renforcés, si le nombre d'appareils diagnostiques et de tests sont suffisants et si les résultats thérapeutiques s'améliorent.

L'information devrait jouer un rôle crucial. Bien que nous vivions à l'ère de la chirurgie au laser et élucidions les mystères du gène humain, nous sommes restés par ailleurs accrochés au passé en ce qui concerne l'information sur la santé. Nous recueillons de l'information sur certains problèmes de santé mais pas sur d'autres. Et une bonne part de l'information obtenue ne peut être analysée ou communiquée adéquatement. Nous en savons beaucoup plus sur les ressources et les dollars investis que sur ce qu'ont rapporté ces investissements. Une meilleure information facilitera la prise de décisions fondées sur des données probantes. Comment peut-on obliger les gestionnaires de soins de santé à rendre des comptes si l'on ne peut mesurer ce qu'ils gèrent? Si l'on veut bâtir un meilleur système de santé, il faut disposer d'un meilleur système

d'échange d'information de manière à ce que tous les gouvernements et tous les dispensateurs de services puissent rendre des comptes aux Canadiens. Je recommande donc une série de mesures en vue d'améliorer la transparence dans tout le système, d'étendre la participation dans le processus de prise de décisions, d'accélérer l'intégration de l'informatique appliquée à la santé, de faire en sorte que les dossiers de santé électroniques des Canadiens soient sûrs et respectent leur droit à la vie privée et que la population ait davantage son mot à dire dans les efforts en vue de façonner l'avenir de notre système de santé.

Faire en sorte que les Canadiens soient les personnes les plus en santé dans le monde

Durant les audiences publiques, de nombreux exposés ont porté sur la nécessité d'améliorer notre compréhension des déterminants de la santé. Comme l'ont souligné certains participants, la qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons ont un impact direct sur notre santé et notre système de santé. J'ai appris que les Canadiens instruits, sur le marché du travail et physiquement actifs ont beaucoup plus de chances d'être en santé que les autres et aussi que le bien-être spirituel, affectif et physique sont souvent inextricablement liés. Il apparaît également que les changements apportés au mode de vie peuvent réduire grandement l'incidence et la gravité de nombreuses maladies importantes et débilitantes. Il est plus logique d'essayer de maintenir les gens en bonne santé que de les traiter lorsqu'ils sont malades. Il est donc tout aussi logique que notre système de santé mette davantage l'accent sur la prévention de la maladie et sur la promotion de modes de vie sains. C'est la meilleure façon d'assurer la viabilité de notre système de santé à long terme.

Dans la poursuite de cet objectif, le système de santé est aux premières lignes. Il faut cependant investir également dans d'autres secteurs de la vie commune afin de mobiliser la collectivité, de créer un sentiment d'appartenance sociale et de fournir l'infrastructure permettant des choix de vie plus sains. Les investissements visant à améliorer le logement social, la salubrité de l'environnement et l'éducation sont tous des éléments de solution pouvant contribuer à la santé des Canadiens.

Mais il faut plus que de beaux discours, des gestes concrets doivent être posés. Je recommande donc que l'on mette davantage l'accent sur la prévention et le mieux-être dans le cadre d'une stratégie globale visant à améliorer la prestation des soins de santé primaires au Canada, qu'on affecte de nouveaux crédits à la recherche sur les déterminants de la santé et que les gouvernements s'engagent à mettre en place les mesures qui sont nécessaires pour faire des Canadiens le peuple le plus en santé au monde.

Un système reposant sur les valeurs canadiennes

Au début de mon mandat, j'ai invité les personnes qui prônent des solutions radicales pour réformer les soins de santé — le ticket modérateur, les comptes d'épargne pour les soins médicaux, l'élimination de certains services de la liste des services assurés, un plus grand recours au secteur privé, la création d'un système privé parallèle — à m'apporter des preuves démontrant que ces approches contribueraient à améliorer et à renforcer notre système de santé. *Ces preuves ne m'ont pas été présentées.* J'ai également examiné soigneusement les expériences tentées par certaines provinces ou territoires en ce qui concerne la participation aux coûts et les partenariats

entre les secteurs public et privé et j'ai constaté que les résultats obtenus laissaient à désirer. Rien ne prouve que ces solutions permettront d'offrir de meilleurs soins ou des soins à moindre coût, ni d'améliorer l'accès (sauf peut-être pour ceux qui ont les moyens de payer les soins de leur poche). Plus précisément, les principes sur lesquels reposent ces solutions ne cadrent ni avec les valeurs qui sont au cœur du régime d'assurance-santé, ni avec les prémisses de la *Loi canadienne sur la santé*, que les Canadiens appuient de façon massive. Il serait irresponsable de ma part de mettre en péril ce qui a été, et ce qui demeure, un système de santé de calibre mondial et un symbole national dont nous sommes fiers en acceptant des anecdotes comme des faits ou en faisant simplement un « acte de foi ».

Certains estiment que ne pas pouvoir acheter des services ou des traitements plus rapides fournis par l'entreprise privée pour aider leurs proches est une perversion des valeurs canadiennes. À mon avis, ce serait pervertir encore plus les valeurs canadiennes que d'accepter un système où l'argent plutôt que le besoin détermine qui a accès aux soins de santé.

S'il existe de plus en plus de tiraillements entre les principes sous-tendant notre système de santé et la réalité de tous les jours, la réponse est, aux dires de certains, évidente : il faut diluer ou écarter ces principes. Il faut éliminer toute idée de normes et de valeurs nationales. Il faut oublier l'égalité d'accès, laisser les gens acheter ouvertement leur place en première ligne, faire des soins de santé une industrie, cesser de traiter ces soins comme un service public auquel tous ont le même accès. Ce n'est pas ce que les Canadiens veulent et ils l'ont dit clairement : ni maintenant, ni jamais. Les Canadiens considèrent le régime d'assurance-santé comme une entreprise non pas commerciale mais morale.

Se débarrasser des principes et des valeurs qui régissent notre système de santé reviendrait à trahir la confiance de la population. Les Canadiens s'y refuseront et, sans leur consentement, ces « nouvelles » solutions sont vouées à l'échec. Ils souhaitent, non pas la destruction, mais un renouvellement de leur système de santé.

Il faut toutefois reconnaître que depuis les tous débuts du régime d'assurance-santé, des dispensateurs de soins oeuvrant dans le secteur public ont coexisté avec des dispensateurs de soins du secteur privé (y compris les médecins rémunérés à l'acte) et que tous font partie intégrante de notre système de santé. Leur contribution respective n'a jamais été régie par un protocole strict; le système a évolué en fonction de l'apport potentiel des dispensateurs appartenant à l'un et l'autre secteur, au gré des changements dans la conception des services dits « de base » et des souhaits des Canadiens.

Une des questions les plus difficiles auxquelles j'ai été confronté concerne le degré justifié ou défendable de participation du secteur privé à l'intérieur de notre système public universel à payeur unique. D'une part, je dois reconnaître que le secteur privé joue déjà un rôle important dans notre système « public ». Il serait difficile de retourner en arrière et de restreindre cette participation. D'autre part, je suis bien conscient des risques que pourrait créer une expansion du rôle des dispensateurs privés pour l'intégrité et la viabilité de notre système de santé.

À tout le moins, les gouvernements devraient, selon moi, établir une distinction claire entre les services de santé directs (tels que les services médicaux et hospitaliers) et les services auxiliaires (comme les services de préparation des aliments ou d'entretien). Les services directs devraient être dispensés principalement par notre système public sans but lucratif, alors que les services auxiliaires peuvent être offerts par les fournisseurs privés. La croissance rapide des

cliniques privées d'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permettent aux gens de se procurer plus rapidement des services, puis d'utiliser les résultats des tests pour « passer devant les autres » qui attendent et obtenir avant eux un traitement dans le système public, est un bon exemple de cas problème. On peut également citer l'exemple des commissions d'accidents du travail qui ont des ententes contractuelles avec des dispensateurs privés pour la prestation de services de diagnostic rapides à des prestataires potentiels. J'abonde dans le sens de ceux qui considèrent ces cas comme incompatibles avec le principe de l'« égalité d'accès » qui est au cœur de l'assurance-santé. L'État doit investir suffisamment dans le système public pour que toute la population ait rapidement accès aux services diagnostiques et pour réduire la tentation de « déjouer » le système. Afin de clarifier la situation en ce qui concerne les services diagnostiques, je recommande donc que ces services soient expressément inclus dans la définition des « services de santé assurés » dans la nouvelle *Loi canadienne sur la santé*.

Conclusion

Le chemin parcouru par le Canada comme nation a été fait de petits pas, de multiples gestes, tantôt simples tantôt audacieux, qui ont cristallisé la victoire de la compassion, de la collaboration et du compromis. Nous célébrons cette année le 40e anniversaire du régime d'assurance-santé de la Saskatchewan; ce projet courageux, entrepris par des visionnaires, a modifié notre conception du monde et nous a mis au rang des sociétés les plus humaines qui soient. La prochaine étape qu'aura à franchir le Canada sera peut-être de moins grande envergure mais tout aussi ambitieuse. Il s'agit de tabler sur l'héritage du passé et de transformer le régime d'assurance-santé en un système plus attentif aux besoins, plus imputable et plus intégré pour tous les Canadiens.

Pour y parvenir, il nous faut faire preuve de leadership. Il faut modifier nos attitudes, notre façon de nous comporter en tant que nation. L'engagement des gouvernements au chapitre du financement et de la coopération doit être suffisant, stable et prévisible. Les professionnels de la santé doivent remettre en question leurs anciennes manières de faire : nous devons tous nous rendre compte que la santé et le mieux-être ne sont pas simplement une responsabilité de l'État mais le résultat de nos efforts comme individus, comme familles, comme collectivités et comme pays. Le système national dont je parle n'est pas un idéal lointain, il est bel et bien à notre portée.

Le régime d'assurance-santé est une réalisation dont le pays peut s'enorgueillir, c'est un élément qui définit notre appartenance à la société canadienne et une expression de notre cohésion sociale. Unissons nos efforts pour préserver ce qui fait sa force.

Roy J. Romanow, c.r.
Commissaire

SOMMAIRE

Ensemble, les 47 recommandations présentées dans ce rapport servent de jalons pour guider les Canadiens dans leurs efforts en vue de réformer et de renouveler leur système de santé. Elles donnent un aperçu des mesures qui doivent être prises dans dix secteurs critiques, à commencer par une consolidation des fondations du régime d'assurance-santé pour terminer par une vision de la contribution du Canada à l'amélioration de la santé dans le monde.

CHAPITRE 1 — L'AVENIR DE L'ASSURANCE-SANTÉ

Le chapitre 1 fait valoir que notre système de santé a bien servi les intérêts des Canadiens et qu'il n'en tient qu'à nous d'en assurer la viabilité. Outre la nécessité d'établir un consensus social entourant un système public de santé, la question de la viabilité doit être évaluée selon trois aspects — les services, les besoins et les ressources. Une gouvernance efficace est nécessaire pour assurer un juste équilibre entre ces trois aspects.

Les services : L'exercice de la médecine ainsi que l'éventail et les choix de traitements ont grandement évolué depuis l'introduction du régime d'assurance-santé il y a 40 ans. Ce sont les produits pharmaceutiques et les soins à domicile, plus que les services hospitaliers et médicaux de base traditionnellement assurés par le régime, qui ont connu les plus grandes transformations. D'autres sujets préoccupent également la population : l'accès rapide aux services existants, en particulier dans les régions rurales et éloignées, la lenteur à opérer les réformes des soins de santé primaires et les listes d'attente de plus en plus longues, en particulier pour les services diagnostiques.

Les besoins : Notre système de santé répond adéquatement à nos besoins. Les résultats du Canada en matière de santé se comparent favorablement à ceux obtenus par d'autres pays, et des données montrent que nous avons travaillé efficacement à réduire l'impact de divers facteurs qui influencent la santé en général. Des améliorations sont toujours possibles. Il existe toutefois de profondes disparités concernant l'accès aux soins et les résultats cliniques dans certaines régions du pays, en particulier chez les Autochtones et dans le Nord, et il nous faudra les régler. Notre système devra faire face aux coûts additionnels des services pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, mais ce problème n'est pas insurmontable si l'on apporte les ajustements nécessaires dès aujourd'hui.

Les ressources : Les dépenses du Canada dans le domaine des soins de santé se comparent à celles d'autres pays de l'OCDE et les coûts par habitant sont proportionnellement beaucoup plus modestes que ceux des États-Unis. Tous les pays de l'OCDE font face à une escalade du coût des soins de santé et, comme l'expérience le montre, plus un pays est riche, plus il consacre d'argent aux soins de santé. Bien que certains laissent entendre que le Canada compte trop sur la fiscalité pour financer son système de santé, notre approche n'est pas tellement différente de celle d'autres pays. D'autres modalités de financement à l'étude dans certains milieux ne sont pas sans problèmes et conduiraient à transférer le fardeau financier des gouvernements aux particuliers. En outre, rien n'indique que leur adoption contribuerait à rendre le système plus efficient, moins coûteux ou plus efficace. La répartition du financement entre les gouvernements fédéral et provinciaux pose cependant de graves problèmes. La part du fédéral dans le financement de la santé a chuté et les soins de santé absorbent maintenant une portion de plus en plus grande des budgets provinciaux. Le coût des soins de santé continuera probablement de croître et des choix devront être faits quant à la façon de gérer ces coûts. Si le système est prêt à s'adapter pour répondre à leurs besoins et à leurs attentes, les Canadiens semblent disposés à débourser davantage pour leurs soins de santé.

CHAPITRE 2 — LA SANTÉ, LA CITOYENNETÉ, LE FÉDÉRALISME

Le chapitre 2 jette les bases qui serviront à étayer tous les autres aspects du rapport et recommande un nouvel engagement en faveur du régime d'assurance-santé, de nouvelles approches en matière de gouvernance, un financement à long terme stable et prévisible ainsi qu'un financement ciblé pour promouvoir le changement dans des secteurs critiques.

Orientations proposées

Établir un nouveau Pacte canadien sur la santé qui serait l'énoncé concret des valeurs des Canadiens et le principe directeur de notre système de santé financé par l'État

Le nouveau Pacte canadien sur la santé qui est proposé confirmerait notre vision collective de l'avenir des soins de santé au Canada et définirait clairement les responsabilités et les droits des Canadiens, des professionnels da la santé et des gouvernements à l'égard du système.

Créer un Conseil de la santé du Canada pour faciliter la collaboration et le leadership dans le domaine de la santé

Un nouveau Conseil de la santé du Canada favoriserait la collaboration et la coopération entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral. Le Conseil jouerait un rôle de premier plan dans l'établissement d'indicateurs et de repères communs, dans la mesure et le contrôle de la performance du système de santé et la communication régulière de résultats aux Canadiens. Vu le rôle important que jouera le Conseil dans la mesure des résultats, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) devrait constituer la structure de base du nouveau Conseil.

Actualiser la* Loi canadienne sur la santé *en étendant la protection et en renouvelant les principes

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) ait bien servi les intérêts des Canadiens et ait atteint un statut symbolique, elle ne devrait pas être immuable. Les cinq principes de la LCS devraient être réitérés, le principe d'intégralité devrait être actualisé et le principe de la transférabilité devrait se limiter à garantir la transférabilité de la protection à l'intérieur du Canada. Un nouveau principe, l'imputabilité, devrait être ajouté à la LCS pour répondre aux préoccupations des Canadiens qui estiment ne pas disposer de suffisamment d'information pour savoir à qui demander des comptes dans notre système de santé. L'éventail actuel de services assurés par l'État devrait également être élargi, ne pas se limiter aux soins médicaux et hospitaliers et inclure deux nouveaux services essentiels — les services diagnostiques et les services de soins à domicile prioritaires décrits au chapitre 8. Enfin, la LCS devrait intégrer un mécanisme efficace de résolution des différends.

Clarifier la couverture en faisant une distinction entre les services de santé directs des services de santé auxiliaires et modifier les pratiques qui sont contraires à l'esprit du régime d'assurance-santé

Le recours croissant au secteur privé pour les services diagnostiques de pointe sape le principe de l'égalité d'accès qui est au cœur même du régime d'assurance-santé. La LCS doit inclure parmi les services assurés les services diagnostiques médicalement nécessaires. Les gouvernements ont la responsabilité d'investir suffisamment dans le système public pour permettre à tous d'avoir accès rapidement aux services diagnostiques. Parallèlement, ils devraient aussi réexaminer la pratique actuelle qui permet à certaines commissions des accidents du travail de conclure des ententes contractuelles avec des dispensateurs de soins privés pour la prestation de services de diagnostic rapides à des prestataires éventuels.

Assurer un financement stable, prévisible et durable au moyen d'un nouveau transfert de fonds spécial pour le régime d'assurance-santé

Le gouvernement fédéral devrait établir un nouveau Transfert canadien en matière de santé. La contribution financière fédérale devrait croître et il faudrait inclure dans ce transfert un indice de progression fixé à l'avance pour des périodes de 5 ans afin de s'assurer que le financement est stable, prévisible et augmente à un rythme réaliste, correspondant au taux de croissance économique et à notre capacité de payer.

Résoudre les problèmes immédiats par un financement ciblé

Cinq nouveaux fonds ciblés devraient être créés :

- un Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées : pour faciliter un accès rapide aux soins en régions rurales et éloignées;
- un Fonds des services diagnostiques : en vue de réduire les délais d'attente pour les services diagnostiques;
- un Transfert en matière de soins primaires : pour appuyer les efforts en vue d'éliminer les obstacles qui nous empêchent de réformer la prestation des soins de santé primaires;
- un Transfert en matière de soins à domicile : en vue de jeter les fondements d'une éventuelle stratégie nationale pour les soins à domicile;

- un Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments : pour permettre aux provinces d'élargir et d'améliorer la protection offerte à leurs résidents en vertu de leur régime d'assurance-médicaments.

Ces fonds et transferts fédéraux ciblés devraient être octroyés aux provinces et aux territoires à la condition que ceux-ci fournissent une aide comparable ou supérieure. Il s'agirait d'ententes à court terme (2 ans) mises en place en attendant que le nouveau Transfert canadien en matière de santé n'entre en vigueur. Par la suite, ce transfert financera directement ces priorités.

CHAPITRE 3 — L'INFORMATION, LES DONNÉES, LES IDÉES

Le chapitre 3 fait la promotion des dossiers de santé électroniques, d'une utilisation plus générale de la technologie de gestion et de l'information, y compris l'évaluation des technologies de la santé, pour fournir des renseignements essentiels dans tout le système de santé et insiste sur l'importance de la recherche appliquée.

Orientations proposées

Faciliter la création d'un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien, en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires

Bon nombre de provinces et de territoires ont pris des mesures pour mettre sur pied des dossiers électroniques de santé et tous sont d'avis qu'elles sont essentielles pour améliorer le fonctionnement du système de santé. Grâce aux provinces et aux territoires, ainsi qu'à l'Inforoute Santé du Canada, on dispose déjà de ressources, mais il est important d'accélérer le processus et de faire des dossiers de santé électroniques une réalité.

***Prendre des mesures claires pour protéger le caractère confidentiel des renseignements de santé personnels, notamment en modifiant le* Code criminel du Canada**

Les dossiers de santé électroniques comportent des avantages évidents pour les Canadiens. Ceux-ci auraient accès non seulement à l'information sur leur propre santé mais également à une base complète de données fiables sur diverses questions liées à la santé. L'Inforoute Santé devrait chercher à harmoniser les règles de protection des renseignements personnels à l'échelle du pays, et les violations de la vie privée devraient être considérées comme une infraction en vertu du *Code criminel du Canada*.

Fournir aux Canadiens, aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs, de meilleurs renseignements sur la santé qui pourront les guider dans leurs décisions

Les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs ont besoin d'une meilleure information pour prendre des décisions. L'Inforoute Santé du Canada devrait créer une source exhaustive de renseignements dignes de confiance sur la santé que divers dispensateurs de soins, décideurs et particuliers pourraient utiliser en même temps que les dossiers de santé électroniques.

Augmenter la portée, l'efficacité et la coordination de l'évaluation des technologies de la santé dans tout le Canada

Des progrès intéressants en technologie médicale sont accomplis presque chaque jour. Bien qu'ils fassent miroiter la possibilité d'offrir de meilleurs traitements et de guérir des maladies, leur coût est souvent assez élevé. Comme l'évaluation des technologies de la santé revêt une importance de plus en plus grande et qu'il est nécessaire d'établir un lien avec des évaluations plus générales au sein du système de santé, le travail actuel de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé devrait devenir un élément crucial du mandat du Conseil de la santé du Canada et donner une perspective nationale à l'évaluation des technologies de la santé.

Créer de nouveaux centres de recherche pour l'innovation en santé

Le Canada dispose d'une infrastructure solide de recherche mais la recherche appliquée comporte des lacunes. Pour les combler, quatre nouveaux centres pour l'innovation en santé devraient être créés dans les secteurs suivants : santé des collectivités rurales et éloignées, collaboration et formation interprofessionelles, promotion de la santé et politique pharmaceutique.

Consolider les liens avec les chercheurs d'autres régions du monde ainsi qu'avec les décideurs de tout le pays

Le système de santé du Canada a beaucoup de choses en commun avec celui d'autres pays du monde, en particulier les pays européens et les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il importe d'approfondir les liens avec les chercheurs partout dans le monde et d'exploiter les sources d'information existantes susceptibles d'étayer la prise de décisions judicieuses au Canada.

CHAPITRE 4 — INVESTIR DANS LES PROFESSIONNELS

Le chapitre 4 porte sur l'avenir de la main-d'œuvre canadienne dans le domaine de la santé, et notamment sur les questions les plus urgentes concernant les effectifs médicaux et leur répartition, ainsi que sur les questions plus générales touchant l'évolution de leurs rôles et responsabilités et la nécessité d'adopter des stratégies nationales intégrées et à long terme.

Orientations proposées

Se pencher sur la nécessité de modifier les champs et les profils d'exercice des professionnels de la santé pour les adapter à l'évolution de la prestation des services de santé, en particulier par le biais de nouvelles approches de soins de santé primaires

L'évolution des modes de prestation des services de santé, en particulier le recours de plus en plus fréquent aux équipes et aux réseaux de professionnels de la santé, nécessite également un changement dans les champs traditionnels d'exercice. De nouveaux rôles pour les infirmières, les médecins de famille, les pharmaciens, les gestionnaires de cas et tout un éventail de nouvelles professions dans le domaine de la santé.

Prendre des mesures pour que les collectivités rurales et éloignées aient accès à une gamme de professionnels de la santé qualifiés, en mesure de répondre à leurs besoins de santé

Une partie des fonds provenant du nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, de même que du Fonds des services diagnostiques, du Transfert en matière de soins primaires et du Transfert en matière de soins à domicile devrait être utilisée pour permettre aux personnes vivant dans de petites collectivités d'avoir accès à un éventail adéquat de professionnels de la santé qualifiés.

Enrichir considérablement la base d'information sur la main-d'œuvre dans le domaine de la santé au Canada

On manque de données sur la main-d'œuvre dans le domaine de la santé au Canada. Des mesures concertées doivent être prises par l'intermédiaire du Conseil de la santé du Canada en vue de recueillir, d'analyser et de diffuser régulièrement des données sur des questions critiques comme le recrutement, la répartition et la rémunération des professionnels de la santé.

Réexaminer les programmes actuels d'études et de formation à l'intention des professionnels de la santé de manière à insister davantage sur la constitution d'équipes soignantes intégrées

L'une des meilleures façons de s'assurer que les professionnels de la santé sont en mesure de travailler efficacement dans des milieux nouveaux, plus intégrés, consiste à revoir l'enseignement et la formation qu'ils reçoivent. Les programmes d'études devraient être modifiés de façon à mettre davantage l'accent sur des approches intégrées, fondées sur le travail en équipe, visant à répondre aux besoins en santé et à dispenser les services. Le Conseil de la santé du Canada devrait aider à coordonner les efforts en vue d'opérer ces changements.

Établir des stratégies pour régler les problèmes touchant la disponibilité, la répartition, les études et la formation, l'évolution des compétences et des profils d'exercice des professionnels de la santé

Les problèmes de main-d'oeuvre en santé touchent toutes les provinces et tous les territoires. Des changements doivent être apportés pour faciliter une intervention concertée à l'échelle nationale et une planification à long terme. Le Conseil de la santé du Canada peut jouer un rôle de chef de file de premier plan à cet égard.

CHAPITRE 5 — SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET PRÉVENTION

Le chapitre 5 insiste sur la nécessité d'accélérer les efforts en cours en vue de réformer la prestation des services de soins de santé primaires au Canada et de mettre davantage l'accent sur le mieux-être. Il propose également des façons d'éliminer les obstacles traditionnels aux réformes.

Orientations proposées

Donner enfin une véritable impulsion à la mise en œuvre des soins de santé primaires et à la transformation du système de santé canadien

Les mesures proposées dans ce rapport devraient toutes avoir pour effet de transformer le système de santé du Canada et de mettre l'accent sur les soins de santé primaires. Les Canadiens devraient avoir accès à un continuum intégré de soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, peu importe l'endroit où ils vivent.

Se servir du Transfert en matière de soins primaires comme impulsion pour modifier en profondeur le mode de prestation des soins de santé partout au Canada

Le nouveau Transfert en matière de soins primaires devrait fournir les fonds nécessaires pour permettre aux soins primaires de dépasser le stade de projet et pour opérer un changement durable et permanent.

Créer, dans le secteur des soins de santé primaires, une plateforme nationale commune qui s'articule autour de quatre axes essentiels

Il n'existe aucun modèle de soins de santé primaires qui réponde à tout l'éventail des besoins et situations au Canada. Une approche morcelée sans effort d'uniformisation à l'échelle nationale ne constitue pas la solution. Les soins de santé primaires devraient s'articuler autour de quatre axes essentiels : continuité des soins, détection et intervention précoces, amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et incitatifs nouveaux et plus puissants pour les professionnels de la santé afin de les encourager à participer à des stratégies de soins de santé primaires.

Charger le futur Conseil de la santé du Canada de tenir un Sommet national sur les soins de santé primaires afin de mobiliser les efforts dans ce domaine aux quatre coins du Canada et de continuer sur cette lancée en évaluant les progrès accomplis et en rendant compte régulièrement aux Canadiens

Pour surmonter les nombreux obstacles qui nuisent aux soins de santé primaires, il faut intervenir de façon décisive partout au pays. Un sommet national devrait être organisé par le Conseil de la santé du Canada pour mobiliser les efforts et, surtout, mettre en lumière les obstacles au changement et préparer le terrain en vue de la publication régulière de rapports sur les progrès accomplis.

Faire une place de choix aux initiatives de prévention et de promotion à l'intérieur des soins de santé primaires qui viseraient dans un premier temps à réduire la consommation de tabac et l'obésité et à accroître le niveau d'activité physique au Canada

Depuis trop longtemps, le système de santé canadien a été centré plus qu'il ne fallait sur le traitement des maladies plutôt que sur la prévention. Les soins de santé primaires doivent se concentrer d'abord à prévenir les maladies et les accidents et à aider les Canadiens à demeurer en santé. Des mesures ciblées devraient être prises pour réduire la consommation de tabac ainsi que les taux alarmants d'obésité et pour encourager un plus grand nombre de Canadiens à mener une vie active.

Mettre en œuvre une nouvelle stratégie nationale d'immunisation

La plupart des Canadiens se souviennent d'avoir été vaccinés contre certaines maladies comme la poliomyélite, la rougeole ou, plus récemment, la méningite. Le Canada a une assez bonne feuille de route en ce qui concerne l'immunisation comparativement à d'autres pays, mais

des données montrent que certains programmes actuels ne sont plus à jour. Il faut en outre prendre des mesures pour s'assurer que le Canada est bien préparé à faire face aux problèmes nouveaux et émergents résultant de la mondialisation et de l'évolution des maladies infectieuses.

CHAPITRE 6 — ACCROÎTRE L'ACCÈS, ASSURER LA QUALITÉ

Le chapitre 6 traite directement des préoccupations des Canadiens, en ce qui concerne les temps d'attente, l'accès aux soins et la qualité du système de santé.

Orientations proposées

Utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques afin de réduire les temps d'attente pour les services de diagnostic

Des données probantes montrent que, comparativement à d'autres pays de l'OCDE, le Canada n'a pas investi assez dans les techniques diagnostiques, d'où les longs délais d'attente pour obtenir des tests diagnostiques essentiels. Le nouveau Fonds des services diagnostiques ne devrait pas seulement servir à l'achat de matériel, mais également à la formation du personnel et des techniciens nécessaires. Tout en ciblant ce secteur en priorité, les provinces et les territoires devraient dégager d'autres ressources pour régler le problème des délais d'attente dont souffrent d'autres services essentiels.

Mieux gérer les listes d'attente

Les listes d'attente au Canada sont souvent mal gérées et peu d'efforts d'uniformisation ont été faits pour l'inscription des personnes sur ces listes ou la coordination des listes entre les professionnels de la santé ou les établissements. Des mesures doivent être prises pour centraliser les procédures au niveau des régions sanitaires, à l'échelle d'une province, voire, dans certains cas, à l'échelle nationale. Les patients ont également le droit de recevoir une bonne information sur le temps qu'il faudra attendre avant d'obtenir un traitement et sur les alternatives disponibles.

Prendre des dispositions appropriées en vue de mesurer la qualité et la performance du système canadien de santé et informer régulièrement les Canadiens

On ne peut continuer à améliorer le système de santé sans avoir en main l'information nécessaire pour mesurer et suivre les résultats. Le Conseil de la santé du Canada dont la création est suggérée dans ce rapport pourrait jouer un rôle crucial, travaillant avec les provinces et les territoires à la collecte de renseignements comparables, et rendant régulièrement compte aux Canadiens de l'évolution de leur système de santé. On recueillerait notamment de l'information sur les temps d'attente et on mesurerait de diverses façons la qualité du système.

Veiller à ce que le système de santé réponde aux besoins particuliers des minorités de langues officielles

L'accès aux soins de santé dans l'une ou l'autre des langues officielles est un aspect important du système de santé canadien. Son importance est grande non seulement du point de vue de l'accès, mais afin de permettre aux gens de comprendre leur traitement et d'y répondre. Des mesures devraient être prises pour tabler sur l'efficacité des nombreuses approches utilisées un peu partout au pays afin d'améliorer l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles.

Répondre aux besoins différenciés en matière de soins de santé des hommes et des femmes, des minorités visibles, des personnes handicapées et des nouveaux Canadiens.

Le Canada est un pays diversifié et cette diversité devrait se manifester dans notre système de santé. Les soins que nous dispensons devraient répondre aux besoins des différents groupes de Canadiens, tant des hommes que des femmes, des immigrants, des minorités visibles, des personnes handicapées, etc.

CHAPITRE 7 — LES COMMUNAUTÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES

Le chapitre 7 propose un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées visant à améliorer l'accès à des soins et services de qualité dans les petites collectivités.

Orientations proposées

Créer un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées afin de soutenir de nouvelles approches permettant de fournir des services de santé et d'améliorer la santé des habitants des collectivités rurales et éloignées

Un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales éloignées devrait servir à catalyser tout un éventail de mesures en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins dans les collectivités rurales et éloignées. Les provinces et territoires devraient ainsi travailler directement avec les collectivités afin de déterminer leurs besoins et de trouver la meilleure façon d'y répondre.

Utiliser une partie du Fonds pour répondre à la demande de professionnels de la santé dans ces collectivités

Une des plus grandes difficultés auxquelles font face les petites collectivités consiste à attirer et à garder les professionnels de la santé. Le problème ne tient pas tant au nombre de professionnels de la santé qu'au fait que de nombreux professionnels préfèrent vivre dans les grands centres urbains. Une portion du nouveau Fonds proposé pourrait servir à l'élaboration de diverses stratégies visant à attirer un éventail varié de professionnels de la santé qualifiés dans les collectivités rurales et éloignées et à faire en sorte qu'ils y demeurent.

Étendre la télésanté afin d'améliorer l'accès aux soins de santé

La télésanté se sert des technologies de l'information pour relier les patients et les professionnels de la santé à tout un éventail de services à l'extérieur de leur collectivité. Un lien peut ainsi être établi entre des personnes vivant en milieu rural et éloigné et des médecins de famille, des spécialistes et d'autres services dans d'autres centres où des professionnels de la santé peuvent diagnostiquer, traiter et donner des consultations à distance. Une portion du Fonds d'accès des collectivités rurales éloignées devrait permettre de tabler sur le travail déjà entrepris dans bon nombre de provinces et de territoires et d'étendre les services de télésanté afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et à l'information sur la santé.

CHAPITRE 8 — LES SOINS À DOMICILE : LE PROCHAIN SERVICE ESSENTIEL

Le chapitre 8 expose les trois secteurs critiques où les soins à domicile constitueraient un service essentiel assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Orientations proposées

Se servir du nouveau Transfert proposé en matière de soins à domicile pour établir un programme national de services de soins à domicile

Le nouveau Transfert en matière de soins à domicile proposé par la Commission devrait servir à garantir l'accès de tous les Canadiens à un ensemble commun de services essentiels de soins à domicile.

Réviser la* Loi canadienne sur la santé *pour y inclure la couverture des services de soins à domicile dans les secteurs prioritaires

Les soins à domicile occupent une place de plus en plus importante dans notre système de santé. Bien qu'il ne soit pas possible d'intégrer tous les services de soins à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé*, des mesures immédiates devraient être prises pour inclure les services dans trois secteurs prioritaires : prise en charge des cas de santé mentale et intervention, soins médicaux en phase post-aiguë et soins palliatifs à domicile.

***Améliorer la qualité des soins et du soutien prévus pour les personnes souffrant d'une maladie mentale en incluant la prise en charge des cas de santé mentale et les services d'intervention dans la* Loi canadienne sur la santé**

La santé mentale a souvent été décrite comme l'un des « enfants orphelins » de l'assurance-santé. Les soins de santé mentale constituent maintenant, pour l'essentiel, un service à domicile et un service communautaire, mais les ressources que l'on y a affectées ont été trop souvent insuffisantes. L'inclusion des soins de santé mentale à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé* et leur accessibilité partout au pays sont attendues depuis longtemps et le moment est venu de prendre des mesures en ce sens.

Élargir la* Loi canadienne sur la santé *de manière à y inclure la couverture des soins à domicile en phase post-aiguë, y compris la gestion des médicaments et les services de réadaptation

Grâce aux progrès technologiques et thérapeutiques, de nombreuses interventions qui exigeaient auparavant un long séjour à l'hôpital peuvent être remplacées par des chirurgies de jour ou un séjour d'une nuit à l'hôpital. De nombreux patients ont cependant toujours besoin de soins en posteure et de services de réadaptation à domicile. La prochaine étape logique et nécessaire est d'inclure les soins à domicile en phase post-aiguë parmi les services assurés, et de les assujettir aux mêmes conditions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. La couverture des soins à domicile en phase post-aiguë doit comprendre la prise en charge des cas, les services des professionnels de la santé et la gestion des médicaments.

Prévoir la couverture des services de soins palliatifs à domicile dans la* Loi canadienne sur la santé *afin d'accorder un soutien aux gens au cours des six derniers mois de leur vie

Comme les données l'indiquent, s'ils avaient le choix, un nombre croissant de Canadiens souffrant d'une maladie en phase terminale préféreraient vivre leurs derniers jours à la maison, entourés de leur famille et de leurs amis, plutôt que dans un établissement. Or, les gens n'ont pas tous le même accès aux soins palliatifs, cet accès dépendant très souvent de l'endroit où ils vivent et des ressources de leur collectivité. Tous les Canadiens dans toutes les collectivités devraient pouvoir choisir de mourir à la maison. Cette mesure devrait faciliter la vie des Canadiens malades en phase terminale qui choisissent de passer les six derniers mois de leur vie à la maison et d'y recevoir les soins dont ils ont besoin.

Introduire un nouveau programme en vue d'assurer un soutien permanent aux aidants naturels

Comme un nombre croissant de Canadiens sont maintenant traités à domicile plutôt que dans des centres de soins, les aidants naturels ont un fardeau de plus en plus lourd à porter. Notre système de santé ne pourrait tout simplement pas fonctionner sans l'appui de milliers de parents, de proches et d'amis qui fournissent un soutien direct à domicile. On devrait reconnaître le soutien qu'ils apportent en permettant aux aidants naturels de s'absenter de leur travail et de recevoir des prestations spéciales dans le cadre du régime d'assurance-emploi du Canada. Le Ministère du Développement des ressources humaines Canada, de concert avec Santé Canada, devraient faire de cette initiative une priorité.

CHAPITRE 9 — LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Le chapitre 9 traite de la difficile question des médicaments d'ordonnance, prends les premiers pas vers l'intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé et propose la création d'une nouvelle Agence canadienne du médicament.

Orientations proposées

Poser les premiers jalons vers une meilleure intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé canadien

Les médicaments d'ordonnance occupent une place de plus en plus importante dans le système de santé. Certains ont soutenu que ces médicaments devraient être intégralement couverts par le régime d'assurance-santé, alors que d'autres estiment qu'une telle mesure pourrait acculer le système à la faillite. La Commission croit qu'il faut entamer le processus d'intégration des médicaments d'ordonnance au régime d'assurance-santé et que ce processus devrait s'insérer dans le cadre d'une stratégie à plus long terme visant à faire en sorte que tous les Canadiens bénéficient d'une protection complète en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance.

Se servir du nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments pour contrebalancer le coût des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux et réduire les disparités en matière de protection dans l'ensemble du pays

La couverture des médicaments d'ordonnance dans les situations catastrophiques varie grandement d'une province à l'autre. En vertu du nouveau programme proposé, les provinces et les territoires recevraient des fonds supplémentaires pour les aider à éponger le coût des régimes d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et à protéger les Canadiens contre l'impact potentiellement « catastrophique » du coût élevé des médicaments. Cette mesure inciterait clairement les provinces et les territoires à élargir leur couverture et à réduire les disparités entre les régions.

Établir une nouvelle Agence canadienne du médicament pour contrôler les coûts, évaluer les médicaments actuels et nouveaux et assurer la qualité, la sécurité et l'efficience de l'ensemble des médicaments d'ordonnance

Un nouveau médicament d'ordonnance fait son entrée sur le marché canadien tous les quatre ou cinq jours et l'on prévoit que ce nombre croîtra rapidement. Les nouvelles recherches sur les tests génétiques et la biotechnologie ne manqueront pas de soulever des questions sociales, éthiques et financières complexes et difficiles. Le Canada doit instaurer un processus complet, simple et efficace pour y répondre et pour assurer la sécurité et la qualité de tous les nouveaux médicaments avant leur approbation au Canada. Mais une autre question, tout aussi importante, se pose : il faudrait soumettre les médicaments à un examen continu, surveiller leur consommation et les résultats obtenus un peu partout et partager des données et des analyses qui soient à jour et exhaustives. Une nouvelle Agence canadienne du médicament qui serait indépendante du gouvernement remplirait ces fonctions au nom de l'ensemble des gouvernements et des Canadiens.

Établir une nouvelle liste nationale de médicaments d'ordonnance inscrits afin d'assurer la cohérence à l'échelle du pays, de garantir l'objectivité des évaluations des médicaments et de limiter les coûts

Chaque province et territoire dispose actuellement de sa propre liste de médicaments d'ordonnance couverts par son régime d'assurance-médicaments. Une liste nationale, élaborée par l'Agence canadienne du médicament avec le concours des provinces et des territoires, assurerait une protection cohérente et des évaluations objectives tout en contribuant à limiter les coûts.

Élaborer un nouveau programme de gestion des médicaments pour les maladies chroniques et pour certaines maladies potentiellement mortelles dans le cadre des soins de santé primaires

La réforme des soins de santé primaires occupe une place primordiale dans notre vision du système de santé canadien. Si la gestion des médicaments était liée aux soins de santé primaires, des équipes et des réseaux de dispensateurs de soins travaillant régulièrement avec des patients pourraient surveiller l'efficacité des médicaments d'ordonnance.

Examiner certains aspects des lois canadiennes sur les brevets

À l'instar d'autres biens manufacturés, les nouveaux médicaments d'ordonnance sont protégés par des brevets. Les lois actuelles sur les brevets garantissent l'accès exclusif au marché canadien pendant 20 ans aux nouveaux médicaments d'ordonnance. Cette vaste protection suscite énormément de débats au Canada. Les lois canadiennes sur les brevets respectent les

normes internationales et les prix des médicaments brevetés canadiens sont inférieurs à la moyenne de d'autres pays. Il faudrait toutefois examiner certains aspects des lois canadiennes sur les brevets afin d'améliorer l'accès aux médicaments génériques et de limiter les coûts.

CHAPITRE 10 — UNE NOUVELLE APPROCHE POUR LA SANTÉ AUTOCHTONE

Le chapitre 10 porte sur les profondes disparités entre l'état de santé des Canadiens autochtones et non autochtones et propose une nouvelle approche qui ne tient pas compte des frontières traditionnelles et met directement l'accent sur l'amélioration de la santé des Autochtones.

Orientations proposées

Consolider le financement de la santé des Autochtones provenant de toutes les sources et utiliser les fonds pour appuyer la création de partenariats pour la santé autochtone chargés de gérer et d'organiser les services de santé destinés aux Autochtones et de promouvoir la santé de ces derniers

Le financement des programmes de santé des Autochtones provient de diverses sources, dont le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les bandes locales et, dans certains cas, les administrations municipales et les autorités régionales de la santé. Malheureusement, les ressources sont partagées entre différentes organisations et affectées à différents objectifs; on ne peut donc pas en exploiter efficacement les avantages potentiels au profit des Autochtones. Dans le cadre de la nouvelle approche qui est proposée, les fonds en provenance de toutes les sources seraient consolidés et affectés à de nouveaux partenariats pour la santé autochtone, chargés exclusivement et expressément d'organiser les services de santé et d'améliorer la santé des collectivités et de la population qu'elles desservent.

Établir pour ces partenariats une structure et un mandat clairs concernant l'utilisation des fonds pour répondre aux besoins particuliers en santé des populations autochtones, améliorer l'accès à tous les niveaux de services de santé, recruter de nouveaux professionnels de la santé autochtones et améliorer la formation des dispensateurs de soins non autochtones

L'idée des partenariats pour la santé est tout à fait nouvelle au Canada. Elle réunit l'expertise et les ressources communautaires en une seule organisation ayant pour unique objectif d'organiser les services au nom des Autochtones. Les partenariats seraient chargés d'évaluer les besoins, de dispenser des services ou de les acheter de d'autres organisations, d'effectuer l'évaluation continue des résultats et de rendre compte à la population de l'efficacité et du fruit de leurs efforts.

Veiller à ce que les Autochtones aient toujours leur mot à dire concernant l'orientation et la conception des services de santé dans leurs communautés.

Par l'entremise des partenariats proposés, les Autochtones auraient eux-mêmes voix au chapitre et pourraient travailler avec les partenariats afin de faire en sorte que les programmes répondent à leurs besoins et à ceux de leur collectivité.

CHAPITRE 11 — SANTÉ ET MONDIALISATION

Le chapitre 11 transcende les frontières canadiennes pour examiner le rôle du Canada sur la scène internationale.

Orientations proposées

Prendre des dispositions claires et immédiates pour protéger le système de santé canadien contre d'éventuelles contestations aux termes du droit international et des accords commerciaux internationaux et pour bâtir des alliances au sein de la communauté internationale

Il n'y a aucune réponse claire et nette à la question des retombées des ententes sur le commerce international pour le système de santé. Devant autant d'incertitude, la solution n'est pas de rester inactif et d'attendre l'issue des contestations qui sont susceptibles d'être présentées en vertu des divers accords commerciaux, mais plutôt d'adopter une attitude proactive et de veiller à ce que le Canada continue de prendre les décisions stratégiques qu'il juge nécessaires pour maintenir et améliorer son système public de santé. Le Canada devrait bâtir des alliances stratégiques avec d'autres pays qui partagent ce point de vue.

Piloter les efforts déployés à l'échelle internationale pour améliorer la santé et consolider les systèmes de santé des pays en développement

Il est temps que le Canada tire parti des relations privilégiées qu'il entretient avec les pays en développement et de son considérable savoir-faire pour améliorer la santé et les soins de santé à l'échelle internationale. Il faudra pour cela que le Canada joue un plus grand rôle dans l'élaboration de programmes d'aide extérieure destinés à former les dispensateurs de soins de santé dont les pays en développement ont tant besoin et à promouvoir les programmes de santé publique visant à empêcher la propagation de maladies telles que la polio, l'infection due au VIH/le sida et autres maladies transmissibles.

Réduire notre recours aux professionnels de la santé des pays en développement.

Visiter une petite collectivité rurale et vous aurez de bonnes chances de rencontrer un médecin originaire d'un pays en développement qui est venu exercer au Canada. Le Canada a eu amplement recours aux diplômés en médecine formés à l'étranger, en particulier pour combler des postes dans les collectivités qui ont de la difficulté à attirer des médecins canadiens. Bien que le Canada ait depuis longtemps une politique d'accueil favorable à toutes les régions du monde, nous avons l'obligation d'aider les pays en développement à protéger leur système de santé. Nous devons apprendre à résoudre nos problèmes par nos propres moyens plutôt que d'inciter les médecins à quitter les pays en développement alors que ceux-ci en ont si cruellement besoin.

L'AVENIR DE L'ASSURANCE-SANTÉ

Le mandat de la Commission consistait essentiellement à formuler les recommandations nécessaires « pour assurer à long terme la viabilité d'un système de santé universellement accessible et financé à même les deniers publics ». La raison à l'origine de ce mandat est simple. Depuis quelques années, les Canadiens se font répéter par certains de leurs gouvernements et des spécialistes des politiques de santé que leur système d'assurance-santé n'est plus « viable ».

Parallèlement, à la lumière de ses consultations approfondies menées auprès des Canadiens et de son vaste programme de recherche, la Commission a pu constater un élément important : les Canadiens ont la ferme volonté d'assurer la viabilité de leur système de santé, non seulement pour eux-mêmes, mais pour les générations futures. Ils veulent des changements; des changements qui soient fondamentaux et importants. Mais ils veulent également que leur système perdure et qu'il atteigne son plein potentiel.

Est-il possible de concilier ces deux perspectives? En premier lieu, il faut comprendre clairement ce qui rend un système viable et ce qu'il faut faire pour assurer la viabilité future du système de santé canadien.

QU'ENTEND-ON PAR « VIABILITÉ » ?

Le terme « viabilité » peut à la fois éclairer le débat et l'obscurcir. Il s'agit d'un terme dont le sens immédiat est clair, mais qui se prête à tant d'emplois différents qu'il est facile de mal l'interpréter. En outre, une grande partie du récent débat sur les soins de santé a été concentrée sur un seul aspect, soit celui des coûts. Certaines personnes en sont venues à la conclusion que le système n'est pas viable parce qu'il coûte trop cher, qu'il gruge une trop grande partie des budgets gouvernementaux ou qu'il prévient la baisse des impôts. D'autres rejettent cet argument : pour eux, le problème réside dans l'organisation même du système et dans le manque d'efficacité qui en résulte. Il suffirait, à leur avis, de réorganiser le système de manière à libérer des ressources financières qui s'avèrent amplement suffisantes. D'autres encore soutiennent que le problème réside uniquement dans l'amenuisement des fonds accordés au cours des dernières années. « Restaurez et augmentez les ressources financières », disent-ils, « et tout ira bien ».

Aux yeux de la Commission, en se concentrant aussi spécifiquement sur les aspects financiers, on s'écarte de l'essentiel et on nuit au débat et à une évaluation globale de la viabilité éventuelle du système de santé canadien.

La Commission est plutôt d'avis que :

La viabilité sous-entend que le système doit être doté de ressources suffisantes, à long terme, pour assurer un accès rapide à des services de qualité adaptés aux nouveaux besoins des Canadiens en matière de santé.

Depuis de nombreuses années, les spécialistes des politiques de santé se concentrent sur trois aspects essentiels à la viabilité du système de santé :

- **Les services** — Il faut offrir un éventail plus complet de soins de santé médicalement nécessaires pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé. Ces services doivent répondre à des critères élevés de qualité et être accessibles au moment voulu. Cet aspect de la viabilité sous entend qu'il faut examiner l'évolution des modes de prestation des soins de santé et déterminer si ces services sont accessibles à tous les Canadiens et s'ils sont efficients et efficaces.
- **Les besoins** — Le système de santé doit répondre aux besoins des Canadiens et produire des résultats positifs non seulement pour les individus, mais également pour la population dans son ensemble. Sur ce point, il faut examiner la performance du système canadien par rapport à ceux des autres pays, relever les écarts concernant l'état de santé des Canadiens et examiner les tendances liées à la santé.
- **Les ressources** — Cet aspect englobe non seulement les ressources financières, mais également les dispensateurs de soins de santé et les ressources matérielles (installations, matériel, technologie, recherche et données) dont on a besoin pour offrir tout l'éventail des services de santé.

Il n'y a pas de « main invisible » qui, silencieusement et discrètement, tiendrait tous ces éléments en équilibre. Pour qu'il y ait des décisions visant à affecter des ressources suffisantes, il faut que les gouvernements et les Canadiens manifestent une volonté politique de maintenir le financement et le contrôle publics du système. Le maintien d'un équilibre est, en fait, un acte délibéré de la part de la société et, par conséquent, c'est la gouvernance globale du système, à tous les paliers, qui décidera de la façon dont ces éléments seront équilibrés.

Par conséquent, la **gouvernance** du système de santé met en jeu les choix politiques, sociaux et économiques que les Canadiens, leurs gouvernements et les responsables du système de santé font lorsqu'ils décident des moyens à prendre pour assurer l'équilibre entre services de santé, besoins de santé et ressources du système.

Dans les différentes sections de ce chapitre, nous étudierons la complexe et épineuse question de la viabilité à la lumière de ces trois aspects essentiels - soit les services, les besoins et les ressources - et nous examinerons l'évolution qu'a connue la gouvernance du système de santé. Il ressort de cette étude que le système continue d'être efficace à bien des égards. Toutefois, plusieurs aspects peuvent et doivent être améliorés. La viabilité du système n'est pas nécessairement menacée ou impossible à assurer. Mais il est nécessaire de prendre des mesures pour maintenir un juste équilibre entre les services fournis, leur capacité à répondre à nos besoins et les ressources que nous, Canadiens, sommes prêts à consacrer au maintien de la viabilité future du système.

En bout de ligne, la question de la viabilité du système de santé et des moyens à prendre pour l'assurer se résume aux choix que doivent poser les responsables du système, c'est-à-dire les gouvernements, les administrateurs, les dispensateurs de soins et les Canadiens eux-mêmes.

SANTÉ ET SERVICES DE SANTÉ

Par l'intermédiaire de leur système de santé, les Canadiens reçoivent un éventail de services dont certains sont dispensés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et de ses cinq principes bien connus, d'autres sont couverts par les provinces et les territoires et d'autres encore sont fournis par le secteur privé. C'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe d'abord d'organiser et de fournir les services de santé à toute la population canadienne. Depuis la création du régime

d'assurance-santé, la portée des services de santé fournis au Canada et les modalités de leur organisation et de leur prestation ont été profondément transformées à tous les niveaux du système, depuis les autorités régionales de la santé, grandes ou petites, jusqu'aux cliniques médicales ou même aux cabinets de médecins.

Les services offerts par notre système de santé varient selon leur complexité et leur intensité, c'est-à-dire la nature plus ou moins spécialisée des interventions pour maintenir ou rétablir la santé et le nombre de travailleurs de la santé qualifiés que nécessitent les interventions.

À une extrémité du spectre, on trouve un large éventail de services pris en charge par le système public : programmes de santé publique visant à prévenir la maladie, comme des programmes d'immunisation des enfants; consultations de médecins de famille, de pédiatres ou de gynécologues; examens diagnostiques, chirurgies d'un jour, etc. À l'autre extrémité du spectre, on trouve des soins complexes et intensifs faisant de plus en plus appel à des technologies de pointe ainsi que des spécialistes ayant une formation poussée et de vastes équipes de soutien. Par ailleurs, les soins de longue durée ou prolongés sont habituellement fournis dans des centres d'hébergement ou d'autres établissements spécialisés qui abritent les gens ayant besoin de soins médicaux et de soutien continus, mais qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Des soins palliatifs sont fournis aux mourants dans des hospices, des hôpitaux ou, de plus en plus, à domicile. Les soins à domicile, qui permettent aux gens d'éviter l'hospitalisation ou de se rétablir à la maison après un court séjour à l'hôpital, constituent une composante de plus en plus importante des soins de santé. Parallèlement, à un point ou l'autre du spectre, il arrive souvent que les patients reçoivent des médicaments d'ordonnance.

La question essentielle à se poser pour déterminer de la viabilité du système est la suivante : le vaste continuum de services fournis par l'entremise du système de santé du Canada répond-il aux besoins des Canadiens, et les soins sont-ils accessibles et pourront-ils à l'avenir être adaptés aux nouveaux besoins des Canadiens?

Soins de santé et Constitution canadienne

Dans la Constitution canadienne, la santé et les soins de santé ne sont pas traités comme un sujet en soi, pas plus qu'on n'en attribue explicitement la responsabilité à un palier de gouvernement ou à un autre. Les gouvernements provinciaux, tout comme le gouvernement fédéral, sont responsables à divers degrés des différents aspects du système de santé (Braën 2002; Leeson 2002). Toutefois, en vertu d'un certain nombre de causes entendues par les tribunaux et d'interprétations juridiques, il est maintenant reconnu que les provinces ont la compétence prépondérante sur l'organisation et la prestation des services de soins de santé au Canada. Par contre, le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas de pouvoirs constitutionnels officiels sur les soins de santé, même si, en pratique, ils assument ces responsabilités depuis quelques années.

Comme le juge Estey de la Cour suprême du Canada le faisait remarquer dans l'affaire Schneider c. La Reine, « [l]a santé n'est pas un sujet spécifiquement traité dans la *Loi constitutionnelle de 1867* ni dans ses modifications subséquentes. Aux termes de la Constitution, le sujet ne relève ni de la compétence législative fédérale ni de celle des provinces » [*Traduction*] (cité dans Gibson 1996, 1). Selon Peter Hogg (1997, 485), « la santé est un "sujet amorphe" qui est réparti entre le Parlement fédéral et les assemblées législatives des provinces selon le but et l'effet de la mesure sanitaire en question » [*Traduction*]. Cette situation s'explique par le fait que la notion de soins de santé est une notion moderne dont les prémisses et la signification n'auraient pu être prévues par les auteurs de la Constitution. On pourrait comparer la notion de « santé et soins de santé » à celle de l'« environnement », un autre concept récent étranger à la pensée du XIX^{e} siècle et, par conséquent, absent de la répartition initiale des pouvoirs constitutionnels.

Bien que les provinces aient une responsabilité prépondérante dans la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral a une responsabilité et un pouvoir constitutionnels dans un certain nombre d'aspects très spécialisés des soins de santé (p. ex. l'approbation et la réglementation des médicaments d'ordonnance) et dans certains domaines critiques des soins de santé financés par l'État, notamment la protection et la promotion de la santé. Le gouvernement fédéral est également responsable de la prestation des services de santé à des groupes précis de la population canadienne, par exemple les membres des Premières nations et les Inuits, les membres des Forces armées et les anciens combattants, ainsi que les membres de la Gendarmerie royale du Canada.

Le rôle le plus évident du gouvernement fédéral en matière de soins de santé est sans doute le transfert de fonds aux provinces par l'entremise de ce qu'on appelle le « pouvoir fédéral de dépenser ». Ce pouvoir, souvent controversé, n'est pas spécifiquement prévu par la Constitution, mais est fondé sur des décisions de tribunaux qui ont défendu le droit du gouvernement fédéral de dépenser dans des domaines de compétence provinciale.

Le gouvernement fédéral peut utiliser ce pouvoir de dépenser pour faire des paiements directs aux particuliers (p. ex. les Allocations familiales, dans le passé, ou les Bourses du millénaire, actuellement), à des tierces parties comme les universités (p. ex. les Chaires de recherche du Canada) ou aux provinces pour l'éducation postsecondaire, les services sociaux ou les soins de santé, entre autres choses. Ces transferts aux provinces sont souvent assortis de « conditions » sur la façon dont l'argent doit être dépensé.

Le pouvoir fédéral de dépenser a été contesté par certaines provinces; celles-ci font valoir que les soins de santé sont de compétence exclusivement provinciale, que les « conditions » imposées par le gouvernement fédéral contredisent leurs propres priorités en matière de dépenses et que les pouvoirs financiers d'Ottawa devraient être réduits. Malgré ces objections, les tribunaux ont à plusieurs reprises confirmé la constitutionnalité du pouvoir fédéral de dépenser et, plus particulièrement, le droit qu'a le gouvernement fédéral d'assortir de conditions les transferts aux provinces (Braën 2002).

L'assurance-santé et au-delà

La plupart des Canadiens s'intéressent peu à la répartition constitutionnelle des pouvoirs en matière de soins de santé. Lorsque l'on parle d'assurance-santé, ce sont aux services fournis par le système auxquels ils pensent en premier lieu. Cependant, les Canadiens entretiennent un grand nombre d'idées erronées sur ce qu'est l'assurance-santé et sur ce qu'elle n'est pas — et certaines de ces idées peuvent provenir de la relation complexe qui s'est établie entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires relativement au financement et à l'organisation du système.

En 1957, le gouvernement fédéral a accepté, en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, de rembourser les provinces pour une partie des coûts de l'assurance-hospitalisation qu'elles offraient à leurs résidents. Certaines provinces avaient déjà mis en place des programmes d'assurance-hospitalisation à cette époque. Pour d'autres, cette offre de financement partiel de la part du gouvernement fédéral a été le coup de pouce nécessaire. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, à la suite de la publication du rapport de la Commission royale sur les services de santé présidée par le juge Emmett Hall (1964), et dans la foulée du modèle introduit en Saskatchewan, le gouvernement fédéral a de nouveau utilisé son pouvoir de dépenser pour encourager les provinces à élargir l'assurance-hospitalisation de manière à ce qu'elle inclue également les services médicaux de base. Il a alors adopté la *Loi sur les soins médicaux* (1966), en vertu de laquelle il acceptait de payer une partie du coût de ces services élargis. C'est ainsi que s'est élargi le régime qui est aujourd'hui connu sous le nom d'« assurance-santé ». Il consiste en une couverture complète pour tous les services hospitaliers et les services offerts par les médecins par l'entremise d'un régime d'assurance, à « payeur unique »

financé par l'État. En vertu de ce régime, aucun Canadien n'a à débourser pour ces services au moment où il les reçoit.

En 1984, la *Loi sur les soins médicaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* ont été remplacées par la *Loi canadienne sur la santé*, laquelle énumère cinq principes qui, au fil des ans, sont devenus les critères définissant le système de santé du Canada : la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et l'intégralité. Ces principes sont également devenus les conditions dont le gouvernement fédéral assortit ses transferts de fonds aux provinces. Les provinces doivent veiller à ce que leur régime d'assurance-santé réponde aux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* si elles veulent recevoir leur part intégrale des fonds fédéraux, et elles doivent faire rapport chaque année au gouvernement fédéral de la façon dont elles remplissent ces conditions. En 2001-2002, le coût des services visés par la *Loi canadienne sur la santé* s'élevait à presque 44 milliards de dollars, soit 42,4% des dépenses totales (publiques et privées) en santé.

Le rôle du gouvernement fédéral relativement à la prestation des services fournis par les hôpitaux et les médecins prévus dans la *Loi canadienne sur la santé* consiste principalement à transférer des fonds aux provinces et à s'assurer que les conditions de la Loi sont remplies. Les services visés par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés et administrés par les provinces et les territoires, et ils sont fournis par le biais de diverses organisations, notamment les autorités régionales de la santé, les hôpitaux, les cabinets de médecins et les cliniques de santé. Comme il est mentionné plus loin dans ce chapitre, l'importance relative des transferts fédéraux en comparaison aux coûts de la prestation des services de santé que doivent assumer les provinces est devenue un thème dominant et dérangeant dans les relations intergouvernementales actuelles au Canada.

Outre les services hospitaliers et médicaux, les provinces et les territoires fournissent divers autres services de soins de santé : régimes d'assurance-médicaments, soins à domicile, soins prolongés, soins de longue durée, etc. La nature et la portée de ces services varient considérablement selon le régime particulier de la province ou du territoire. De plus, certaines provinces fournissent une protection pour des services comme la réadaptation, la physiothérapie ou la chiropractie, tandis que d'autres ne le font pas. À la différence du système à payeur unique pour les services fournis par les hôpitaux et les médecins, la protection provinciale offerte pour les médicaments d'ordonnance et divers autres services de santé, comme les soins à domicile, n'englobe pas nécessairement le coût total. Les régimes provinciaux complètent plutôt, à divers degrés, les régimes d'assurance privés et les paiements des particuliers. En 2001-2002, le coût de ces services s'élevait à presque 26 milliards de dollars, soit 25, 2% des dépenses totales en santé au Canada. En outre, la protection prévue pour les autres services de santé est généralement assortie d'une participation aux coûts, d'une franchise ou d'un critère de revenu; elle diffère donc du type de protection intégrale auquel nous nous attendons pour les services visés par la *Loi canadienne sur la santé*.

Le secteur privé joue également un rôle dans le système de santé du Canada. Les services de santé privés sont soit ceux que nous payons nous-mêmes directement, soit ceux qui sont remboursés par le biais de régimes d'assurance privés ou de régimes de prestations aux employés. Par exemple, la grande majorité des services dentaires au Canada sont payés par les régimes d'assurance des employés, ou directement par les particuliers. Le coût des services de santé privés s'élevait à un peu plus de 33 milliards de dollars pour l'année fiscale 2001-2002, soit 32, 4% des dépenses totales en santé.

Il existe également une zone relativement petite, où les services du secteur public et ceux du secteur privé se chevauchent. Elle se divise en deux parties : les services fournis en vertu des programmes d'indemnisation des travailleurs pour des blessures, accidents ou maladies liés au

travail, et les subventions à caractère fiscal visant à encourager le secteur privé à fournir une assurance complémentaire (en grande partie pour les médicaments d'ordonnance et les services dentaires non visés par les régimes provinciaux et territoriaux). Les particuliers ont également droit à des déductions fiscales si leurs dépenses médicales s'élèvent à plus de 3 % de leur revenu. En 1994, ces allègements fiscaux étaient évalués à 2,5 milliards de dollars (Smythe 2001). Depuis lors, ils ont augmenté à un rythme rapide et ils se situent maintenant vraisemblablement à près de 4 milliards de dollars; ce montant comprend environ 3 milliards de dollars que les gouvernements accordent en n'imposant pas les primes des régimes de santé privés payées par les employeurs, et 1 milliard de dollars pour les crédits d'impôt applicables aux frais de santé des particuliers et pour diverses allocations d'invalidité. Ces subventions à caractère fiscal ne sont habituellement pas incluses dans les estimations des dépenses publiques au chapitre des soins de santé.

Le système de santé s'est considérablement élargi en fonction de l'évolution des soins de santé et de la médecine, des désirs exprimés par les Canadiens d'un bout à l'autre du pays et de la disponibilité des ressources à l'intérieur d'une province ou d'un territoire particulier. Les différences qui existent entre les provinces au chapitre des services visés par la *Loi canadienne sur la santé* sont mineures. Par exemple, certaines provinces paient un examen de la vue annuel, tandis que d'autres ne le font pas. Au-delà de ces services, toutes les provinces fournissent, à divers degrés, des services de soins à domicile, une forme d'assurance publique pour les médicaments d'ordonnance à l'intention des groupes vulnérables et certains services de soins prolongés ou de longue durée.

On note également des ressemblances dans la façon dont les provinces ont choisi d'organiser la prestation de leurs services de santé. Au cours des dernières années, la régionalisation a représenté la tendance prédominante. Les provinces ont créé des autorités régionales de la santé responsables de l'organisation, de la prestation et de la coordination des programmes de santé publique, des services hospitaliers, des soins communautaires et des services de soins de longue durée ou prolongés à l'intérieur d'une région précise de la province. Le Québec a été l'instigateur de cette tendance dans les années 1970. Aujourd'hui, toutes les provinces sont dotées de régions sanitaires, bien qu'en Ontario les autorités régionales n'ont qu'un rôle consultatif.

Prestation de services privés à but lucratif : le débat

L'une des questions les plus litigieuses qui divisent actuellement les Canadiens est celle de la participation éventuelle du secteur privé à la prestation des services de santé. En ce moment, les gouvernements provinciaux et territoriaux assument les frais d'un ensemble de services, et ceux-ci peuvent être fournis suivant diverses modalités. Presque tous les hôpitaux canadiens sont des établissements à but non lucratif exploités, dans la plupart des provinces, par les autorités régionales de la santé. La plupart des services médicaux sont dispensés, dans les faits, par de petites entreprises dont le propriétaire est l'exploitant, qu'il s'agisse de cabinets à un seul médecin ou encore de cliniques regroupant divers professionnels de la santé. Des entreprises de plus grande envergure, à but lucratif, fournissent un éventail plus restreint de services, dont des services de laboratoire et de soins prolongés ou de longue durée.

Devant les pressions que ne cesse de subir le système de santé, certains soutiennent qu'il faut mettre en place plus de services privés à but lucratif pour que les Canadiens disposent de plus de ressources et de choix, qu'il y ait une saine concurrence à l'intérieur du système et que celui-ci soit plus efficace et efficient. D'autres font valoir, avec autant de vigueur, que le secteur privé devrait être complètement exclu des soins de santé; ils soutiennent que la prestation de services privés à but lucratif est contraire aux valeurs canadiennes, qu'elle est inéquitable et qu'elle est moins rentable à long terme que la prestation de services publics.

Pour démêler toutes ces idées, il importe de bien faire la distinction entre deux types de services : les soins de santé directs, comme les services médicaux, diagnostiques et chirurgicaux, et les services auxiliaires, comme la préparation des aliments, le nettoyage et l'entretien. Une part de plus en plus grande des services auxiliaires fournis dans les hôpitaux canadiens à but non lucratif est maintenant confiée à des entreprises à but lucratif. Les Canadiens semblent considérer ce rôle du secteur privé comme acceptable, et certaines études indiquent que ces entreprises réalisent des économies d'échelle (McFarlane et Prado 2002). Il est relativement facile d'évaluer les services auxiliaires sur le plan de la qualité — les draps sont propres ou ils ne le sont pas, la nourriture de cafétéria est bonne ou elle ne l'est pas. Par conséquent, on peut assez facilement déterminer si l'entreprise fournit le service demandé. En outre, si le service laisse à désirer, il est fort probable que l'hôpital puisse se tourner vers des concurrents pour obtenir des services de blanchisserie ou des services alimentaires.

En revanche, on ne connaît pas le nombre précis d'établissements à but lucratif qui fournissent des services de santé directs. En 1998, on estimait qu'il y avait au Canada 300 cliniques privées à but lucratif qui dispensaient un grand nombre des services diagnostiques et thérapeutiques auparavant fournis dans les hôpitaux, notamment les avortements, les endoscopies, la physiothérapie, les nouvelles techniques de reproduction et les chirurgies ophtalmologiques au laser (Deber et al. 1998). En outre, on relève dans certaines provinces un nombre croissant de petits hôpitaux privés ou de cliniques indépendantes à but lucratif qui effectuent des interventions chirurgicales plus complexes, dont certaines exigent une hospitalisation d'une nuit. La structure de propriété de ces établissements et le nombre de services offerts varient considérablement. Par ailleurs, certaines provinces se sont dites intéressées à confier un nombre croissant de services chirurgicaux à des hôpitaux et cliniques privés à but lucratif, dans l'espoir de réaliser des économies.

À la différence des services auxiliaires, les services de santé directs sont très complexes, et il est difficile d'en évaluer la qualité sans avoir beaucoup d'expérience dans le domaine. Les effets de services de piètre qualité pourraient ne pas être visibles avant un certain temps, par exemple dans le cas d'une complication postopératoire. C'est ce point particulier qui distingue le plus clairement les services de santé directs des services auxiliaires : tout désagréable qu'il soit, un repas de cafétéria mal préparé n'a rien à voir avec une chirurgie bâclée. Il est également improbable qu'il y ait un nombre intéressant de concurrents en mesure d'offrir les mêmes services de santé si un fournisseur se révèle insatisfaisant. Il n'y a tout simplement pas de surplus suffisant d'administrateurs ou de dispensateurs de soins de santé prêts à prendre la relève pour la prestation d'un service dans un hôpital. Par conséquent, si les services sont de mauvaise qualité, il sera beaucoup plus difficile de trouver un autre entrepreneur lorsque les établissements publics auront cessé leurs activités : la capacité actuelle du système public sera disparue.

Selon certains, les services privés à but lucratif sont plus efficients que les services à but non lucratif (Gratzer 2002;1999). Mais la plupart des établissements privés actuellement en activité ou en voie d'être mis en place ne fournissent qu'un éventail limité de services, et cela soulève un certain nombre de questions importantes au sujet de la relation entre ces établissements et l'ensemble du système public. En effet, les établissements privés « raflent » les services qui peuvent être fournis facilement et à moindre coût grâce à un volume important, par exemple la chirurgie de la cataracte ou la réparation de hernie. Le système public hérite ainsi des services les plus compliqués et les plus coûteux ce qui rend le contrôle des coûts plus difficile. Mais si un patient a un problème après avoir obtenu son congé d'un établissement privé — par exemple, à la suite d'une infection postopératoire ou d'une erreur médicale — il devra probablement retourner dans un hôpital public pour se faire soigner étant donné que les établissements privés ne sont pas, en général, en mesure d'offrir des soins intensifs. Ainsi, le système public est responsable des soins

rendus nécessaires par des services de mauvaise qualité reçus dans un établissement privé, alors qu'en vertu des dispositions actuelles, le système public n'a aucun moyen de recouvrer ces coûts auprès de l'établissement privé. Autrement dit, le système public doit servir de système « de relève » pour les établissements privés.

Même si les défenseurs des services à but lucratif insistent sur le fait que la qualité des soins ne pose pas de problème, des données américaines indiquent que le secteur à but non lucratif a en général de meilleurs résultats sur le plan de la qualité que le secteur à but lucratif, notamment en ce qui concerne les soins en centres d'hébergement (Harrington 2001; Marmor et al. 1987) ainsi que les organismes de gestion des soins et les hôpitaux (Kleinke 2001; Gray 1999). Plus récemment, une analyse exhaustive des différentes études comparant la prestation de services par le secteur sans but lucratif et le secteur à but lucratif a permis de conclure que les hôpitaux à but lucratif étaient associés à un risque sensiblement plus élevé de mortalité et que, en général, leur personnel était moins bien formé que celui des établissements sans but lucratif (Devereaux et al. 2002).

C'est pourquoi la Commission est d'avis qu'il faut distinguer clairement les services auxiliaires des services de santé directs, et que ces derniers doivent être dispensés dans des établissements publics sans but lucratif.

La question de la prestation de services à but lucratif est toutefois entachée de zones grises. Tout d'abord, les services diagnostiques ont pris considérablement d'ampleur dans les dernières années et, dans bien des cas, ces services sont fournis par des établissements privés dans le cadre de contrats conclus avec les autorités régionales de la santé ou les gouvernements provinciaux. Il s'agit en grande partie d'interventions relativement courantes, des analyses de laboratoire et des radiographies par exemple, qui peuvent être effectuées sans délai ni temps d'attente pour le patient. Mais il semble également qu'on fait de plus en plus appel à des services privés pour des techniques diagnostiques plus sophistiquées et coûteuses, notamment les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM); pour ces tests, le temps d'attente dans le système public est trop long et engendre des frustrations à cause de ce qui paraît être un sous-investissement dans ces technologies à l'intérieur du système public. Grâce à un nombre de plus en plus élevé d'établissements offrant des services diagnostiques sophistiqués, les gens peuvent dorénavant obtenir des services plus rapidement en les payant de leur propre poche et se servir ensuite des résultats pour obtenir les traitements nécessaires dans le système public sans avoir à « faire la file ». Bien que cette pratique ne soit pas encore courante, les Canadiens ont fait savoir clairement à la Commission qu'ils craignent vivement qu'elle ne le devienne (Commission 2002a).

L'assurance-santé repose sur le principe selon lequel les ressources financières d'une personne ne devraient pas déterminer la mesure dans laquelle elle aura accès à des services. Aux yeux de la Commission, il incombe aux gouvernements de garantir que le système public a suffisamment de ressources pour assurer l'accès voulu à des services faisant appel à des technologies de pointe. En accordant des ressources accrues au système public pour qu'il se dote des techniques diagnostiques de pointe, on peut faire en sorte que les individus et les dispensateurs de soins soient moins tentés de « déjouer » le système par le recours à des tests diagnostiques privés qui leur permettraient de « passer devant les autres ».

Deuxième zone grise : les services fournis aux clients des commissions provinciales et territoriales des accidents de travail. Étant donné que le retour au travail de ces gens est considéré comme prioritaire, ils reçoivent des services diagnostiques et d'autres services de santé plus rapidement que les patients dont la maladie ou la blessure n'est pas liée au travail ou ceux qui n'ont pas officiellement d'emploi. Comme l'indique le chapitre 2, il faudrait réexaminer cette clause d'exception en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

La troisième zone grise réside dans les contrats accordés à des entrepreneurs externes pour des services chirurgicaux. Dans certains cas, les autorités régionales de la santé ont conclu des contrats avec des établissements privés à but lucratif qui fournissent des services chirurgicaux précis, comme des chirurgies de cataracte et certaines chirurgies d'un jour. Encore une fois, aucune donnée n'indique clairement que cette pratique est plus efficiente ou moins coûteuse que les services fournis dans un établissement à but non lucratif possédant des ressources adéquates.

La Commission croit fermement qu'un système public bien financé peut continuer de fournir les services de qualité auxquels les Canadiens sont maintenant habitués. Plutôt que de subventionner les établissements privés à même les deniers publics, les gouvernements devraient s'assurer que le système public possède la capacité nécessaire et soit accessible à tous. En outre, comme on l'indique au chapitre 11, toute décision d'élargir les services privés à but lucratif pourrait, en vertu des accords commerciaux internationaux, avoir des répercussions que nous devons soigneusement peser à l'avance.

Services et viabilité

Les services sont le premier élément de notre définition de la viabilité. Il semble, à la lumière de ce qui précède, que les relations entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soient complexes et parfois source de confusion. Le domaine des soins a beaucoup évolué depuis l'introduction de l'assurance-santé. L'éventail des services s'élargit et change au fil des percées réalisées en médecine et, par conséquent, c'est à l'extérieur des services fournis par les hôpitaux et les médecins que l'on observe la plus forte croissance dans les services. Le lecteur constatera, dans les chapitres qui suivent, que le secteur des soins à domicile connaît une croissance extraordinaire et que les médicaments d'ordonnance représentent dorénavant la part du système de santé qui croît le plus rapidement. De plus, les Canadiens sont bien conscients que les services ne sont pas toujours disponibles au moment voulu. Dans certains domaines, comme les services diagnostiques et certains services chirurgicaux, le temps d'attente est parfois trop long. Il est également difficile pour les gens des collectivités rurales ou éloignées d'avoir accès à certains services. Malgré un soutien qui semble presque unanime en faveur des soins de santé primaires, l'élargissement de ces soins d'un bout à l'autre du pays a peu progressé. Toutes ces questions se posent dans chaque province et chaque territoire. La conclusion à tirer, en ce qui concerne les services et la viabilité, est donc qu'il faut en faire plus pour assurer un accès rapide à des services de qualité. Les solutions, toutefois, ne viendront pas du secteur privé. Les gouvernements doivent plutôt les chercher à l'intérieur du système public et s'assurer que les services ont des ressources adéquates et qu'ils sont accessibles à tous.

BESOINS ET RÉSULTATS

Il existe une relation directe et dynamique entre les services fournis et l'évolution des besoins des Canadiens en matière de soins de santé. La capacité des services de santé de répondre à ces besoins dépend des facteurs suivants :

- Ressources financières limitées pour répondre à l'ensemble des besoins de santé.
- Ressources matérielles, équipement et accès aux nouvelles technologies limités.
- Déséquilibre sur le plan de l'offre, de la répartition et du champ de pratique des dispensateurs de soins.
- Changements démographiques, sociétaux et technologiques qui rendent certains services (p. ex. médicaments d'ordonnance et soins à domicile) plus importants ou essentiels que dans le passé.

La troisième zone grise réside dans les contrats accordés à des entrepreneurs externes pour des services chirurgicaux. Dans certains cas, les autorités régionales de la santé ont conclu des contrats avec des établissements privés à but lucratif qui fournissent des services chirurgicaux précis, comme des chirurgies de cataracte et certaines chirurgies d'un jour. Encore une fois, aucune donnée n'indique clairement que cette pratique est plus efficiente ou moins coûteuse que les services fournis dans un établissement à but non lucratif possédant des ressources adéquates.

La Commission croit fermement qu'un système public bien financé peut continuer de fournir les services de qualité auxquels les Canadiens sont maintenant habitués. Plutôt que de subventionner les établissements privés à même les deniers publics, les gouvernements devraient s'assurer que le système public possède la capacité nécessaire et soit accessible à tous. En outre, comme on l'indique au chapitre 11, toute décision d'élargir les services privés à but lucratif pourrait, en vertu des accords commerciaux internationaux, avoir des répercussions que nous devons soigneusement peser à l'avance.

Services et viabilité

Les services sont le premier élément de notre définition de la viabilité. Il semble, à la lumière de ce qui précède, que les relations entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soient complexes et parfois source de confusion. Le domaine des soins a beaucoup évolué depuis l'introduction de l'assurance-santé. L'éventail des services s'élargit et change au fil des percées réalisées en médecine et, par conséquent, c'est à l'extérieur des services fournis par les hôpitaux et les médecins que l'on observe la plus forte croissance dans les services. Le lecteur constatera, dans les chapitres qui suivent, que le secteur des soins à domicile connaît une croissance extraordinaire et que les médicaments d'ordonnance représentent dorénavant la part du système de santé qui croît le plus rapidement. De plus, les Canadiens sont bien conscients que les services ne sont pas toujours disponibles au moment voulu. Dans certains domaines, comme les services diagnostiques et certains services chirurgicaux, le temps d'attente est parfois trop long. Il est également difficile pour les gens des collectivités rurales ou éloignées d'avoir accès à certains services. Malgré un soutien qui semble presque unanime en faveur des soins de santé primaires, l'élargissement de ces soins d'un bout à l'autre du pays a peu progressé. Toutes ces questions se posent dans chaque province et chaque territoire. La conclusion à tirer, en ce qui concerne les services et la viabilité, est donc qu'il faut en faire plus pour assurer un accès rapide à des services de qualité. Les solutions, toutefois, ne viendront pas du secteur privé. Les gouvernements doivent plutôt les chercher à l'intérieur du système public et s'assurer que les services ont des ressources adéquates et qu'ils sont accessibles à tous.

BESOINS ET RÉSULTATS

Il existe une relation directe et dynamique entre les services fournis et l'évolution des besoins des Canadiens en matière de soins de santé. La capacité des services de santé de répondre à ces besoins dépend des facteurs suivants :

- Ressources financières limitées pour répondre à l'ensemble des besoins de santé.
- Ressources matérielles, équipement et accès aux nouvelles technologies limités.
- Déséquilibre sur le plan de l'offre, de la répartition et du champ de pratique des dispensateurs de soins.
- Changements démographiques, sociétaux et technologiques qui rendent certains services (p. ex. médicaments d'ordonnance et soins à domicile) plus importants ou essentiels que dans le passé.

- Attentes de plus en plus grandes de la part des Canadiens, qui comptent sur un éventail croissant de traitements à l'intérieur du système public.

Pour assurer un équilibre entre ces différents facteurs, il faut doter le système de santé d'un haut degré de réceptivité et de souplesse, qualités que le système canadien semble avoir démontrées, dans une bonne mesure, par le passé. Les sections qui suivent décrivent la capacité du système canadien à répondre aux besoins de la population — mesurée par l'état de santé des Canadiens, la réceptivité du système et les différences dans les résultats sur le plan de la santé — et à prévoir l'évolution des besoins.

Performance du système canadien

Déterminants de la santé

En 1974, le ministre canadien de la Santé, Marc Lalonde, a publié un rapport sur les déterminants de la santé qui a fait date (Canada 1974). Les déterminants de la santé englobent un éventail de facteurs qui expliquent pourquoi une personne est en santé ou ne l'est pas : facteurs biologiques, habitudes de vie, conditions environnementales et organisation même du système de santé. Selon cette approche plus globale, il ne faut pas seulement s'occuper de la santé des personnes; il faut aussi tenir compte de la santé de la population, des facteurs qui influent sur la santé dans son ensemble et des tendances liées à la santé observées dans différents groupes de la société.

L'approche axée sur la santé de la population s'intéresse aux déterminants de la santé qui se trouvent « en amont » dans le but de prévenir ou de réduire « en aval » les problèmes qui doivent être réglés par le système de santé. Par exemple, les personnes qui vivent dans un environnement très pollué ont généralement des besoins de soins de santé plus grands que celles qui vivent dans des environnements plus sains. À l'inverse, si l'environnement est sain, les gens sont plus en santé et le fardeau imposé aux soins de santé s'en trouve réduit. On observe également dans les sociétés riches de la planète des résultats au chapitre de la santé qui sont bien meilleurs — espérance de vie plus longue, taux de mortalité infantile plus faibles, moins de maladies chroniques — que ceux des sociétés défavorisées. D'autres facteurs, comme les grandes disparités dans la distribution du revenu et de la richesse, le niveau de scolarité et le taux d'alphabétisation, ont également une influence sur la santé d'une population. Plus les inégalités économiques et sociales sont grandes à l'intérieur d'une société, plus les résultats relatifs à la santé sont faibles (Wilkinson 1996). Pour s'attaquer aux problèmes liés à la santé de la population, les gouvernements, les dispensateurs de soins et les responsables des politiques ont recours à des programmes de prévention des accidents et des maladies, à des programmes et services de protection et de promotion de la santé ainsi qu'à une grande variété de programmes, de politiques et d'initiatives qui favorisent des environnements sociaux et physiques plus sains. Il peut s'agir aussi bien de programmes qui encouragent l'adoption de modes de vie plus sains chez les Canadiens que de programmes visant à réduire la pauvreté ou à assurer un environnement de meilleure qualité.

Au cours des décennies qui ont suivi la publication du rapport Lalonde, les Canadiens ont continué d'être à l'avant-garde de cette philosophie axée sur la santé de la population, comme en témoignent des rapports tels que *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (1986) de l'ancien ministre fédéral de la Santé Jake Epp, l'Étude sur la petite enfance commanditée par le gouvernement de l'Ontario (1999) et les travaux d'avant-garde menés par Fraser Mustard et l'Institut canadien de recherches avancées. Il n'est donc pas surprenant que cette approche axée sur la santé de la population ait été entérinée dans les recommandations de tous les rapports sur les soins de santé publiés récemment au Canada, notamment celui du Forum national sur la santé (1997), celui de la Commission Clair du Québec (2000), celui de la Commission Fyke de la Saskatchewan (2001), celui du Conseil consultatif de l'Alberta présidé par Mazankowski (2001) et les récents travaux du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001-2002)

Performance globale

Pour fins de comparaison avec le Canada, huit pays ont été sélectionnés en tenant compte de leur taille, de leur richesse et des caractéristiques de leur politique de santé : le Royaume-Uni, la Suède, l'Allemagne, la France, le Japon, l'Australie, les Pays-Bas et les États-Unis. On a recours à des comparaisons avec ces pays dans diverses parties du rapport afin de s'assurer que l'on compare à tout moment des pays relativement semblables. En outre, la classification établie pour l'analyse comparative des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) laisse entrevoir que ces pays font appel à une grande gamme de mécanismes pour le financement public et privé et la prestation des services de santé (Propper 2001). Deux indices composés ont aussi été utilisés. Le premier correspond aux trente pays membres de l'OCDE, lesquels comprennent aussi bien des pays à revenu intermédiaire, comme la Turquie et la Pologne, que les pays à revenu élevé mentionnés ci-dessus. L'autre indice est la moyenne des pays du G7 — États-Unis, Japon, Allemagne, France, Royaume-Uni, Italie et Canada — soit sept des plus importantes et des plus riches économies au monde.

Pour étudier la santé de la population, on peut se servir d'un certain nombre d'indicateurs de la santé globale, lesquels sont des mesures générales qui correspondent à certains des déterminants clés de la santé. On peut également suivre les progrès de la santé de la population canadienne à l'aide d'indicateurs internationaux qui permettront d'établir des comparaisons avec d'autres pays.

Si l'on se fonde sur l'indice du développement humain des Nations Unies, qui correspond au revenu par habitant, au taux d'alphabétisation et à l'espérance de vie, le Canada se classe très bien. Pendant un certain nombre d'années, il occupait le premier rang à l'échelle mondiale et, même s'il est actuellement en troisième position derrière la Norvège et la Suède (PNUD 2002), il est clair que le système se porte bien. Toutefois, d'autres mesures internationales, comme l'indicateur de la pauvreté humaine (IPH) des Nations Unies, révèlent un tableau différent. Cet indicateur mesure la privation relative pour ce qui est du niveau de vie, de l'instruction et de la longévité. La performance du Canada suivant cet indice laisse à désirer : nous nous classons au onzième rang derrière, entre autres, les pays scandinaves, l'Allemagne, la France, le Japon et l'Espagne (PNUD 2001).

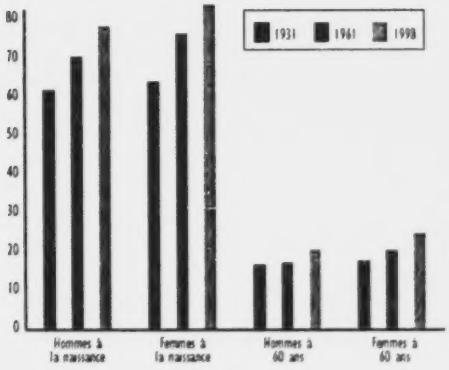
Dans bien des cas, il n'existe pas d'indicateurs précis permettant de mesurer l'état de santé et les besoins de santé au Canada et de comparer nos résultats avec ceux d'autres pays. Étant donné que la santé a longtemps été définie comme l'absence de maladie chez une personne, les statistiques sur la santé, en général, ne suivent que les problèmes les plus graves, soit ceux qui peuvent entraîner le décès du patient (Hadley 1982). Néanmoins, certains indicateurs importants font l'objet d'une surveillance constante à l'échelle nationale et internationale.

L'espérance de vie à la naissance est l'une des mesures sommaires de l'état de santé les plus reconnues et les plus utilisées. L'espérance de vie à 60 ans, quant à elle, fournit une mesure de l'état de santé chez les personnes âgées. Ces deux indicateurs (voir figures 1.1 et 1.2) sont des témoins du niveau et de la qualité de vie, ainsi que de la distribution de notre richesse collective. La qualité du système de santé et sa capacité à fournir aux gens les soins dont ils ont besoin ont également une influence sur l'espérance de vie.

Depuis les années 1930, l'espérance de vie des Canadiens a augmenté de 17,7 années, pour passer à 75,4 ans chez les hommes et à 81,2 ans chez les femmes. Depuis l'introduction de l'assurance-santé au début des années 1970, notre espérance de vie a augmenté d'environ 1 an pour chaque tranche de cinq années civiles. En 1999, le Canada se classait au sixième rang parmi tous les pays de l'OCDE pour l'espérance de vie à la naissance.

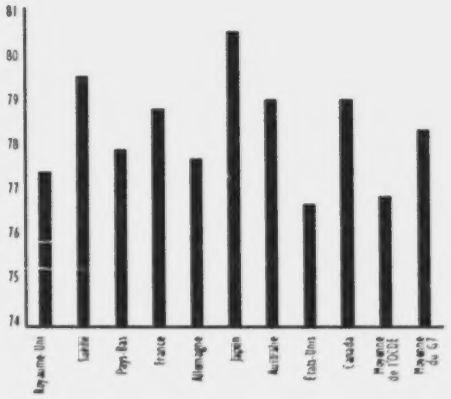
Une autre mesure est le nombre d'années potentielles de vie perdues (voir figure 1.3), qui correspond aux décès évitables survenant avant l'âge de 70 ans. Cet indicateur témoigne, dans une grande mesure, de la qualité et de l'accessibilité du système de santé. Depuis la création de l'assurance-santé, la performance du Canada s'est considérablement améliorée, passant de 9 395 années perdues pour 100 000 habitants en 1960 à 3 803 années en 1997. Ce résultat a placé le Canada en huitième position parmi tous les pays de l'OCDE en 1998.

Figure 1.1
Espérance de vie (en années) selon le sexe, à la naissance et à 60 ans, Canada, certaines années



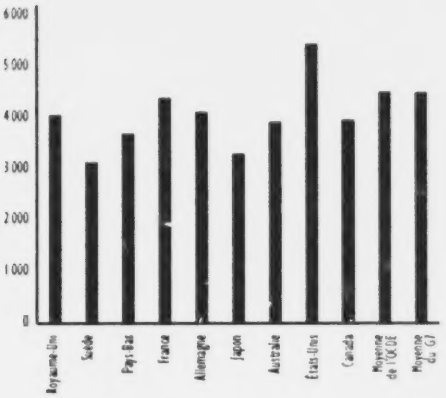
Source : Statistique Canada 1983; OCDE 2002b.

Figure 1.2
Espérance de vie (en années) à la naissance dans les pays de l'OCDE, 1999



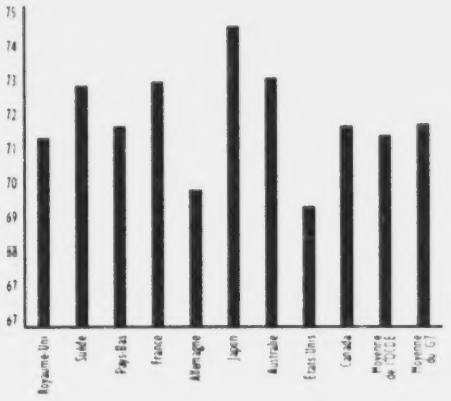
Nota : 1999 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.3
Années potentielles de vies perdues (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998



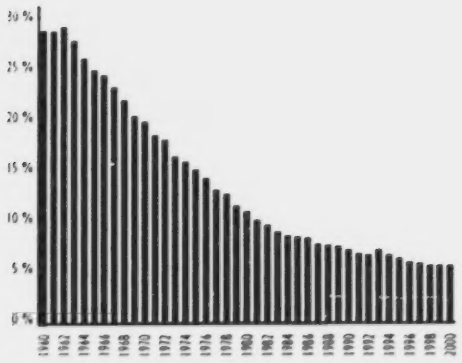
Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables. Pour le Canada, le chiffre le plus récent est celui de 1997.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.4
Espérance de vie sans incapacité (en années) à la naissance, dans les pays de l'OCDE, 1999



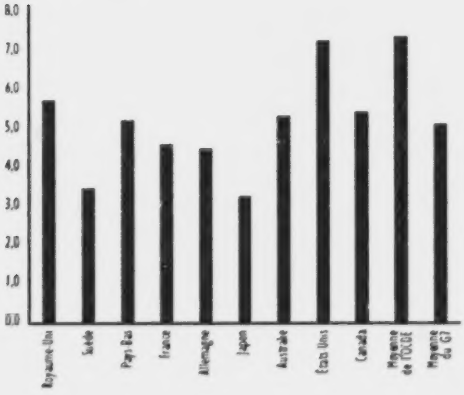
Source: Mathers et al. 2000.

Figure 1.5
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes), Canada 1960 à 2000



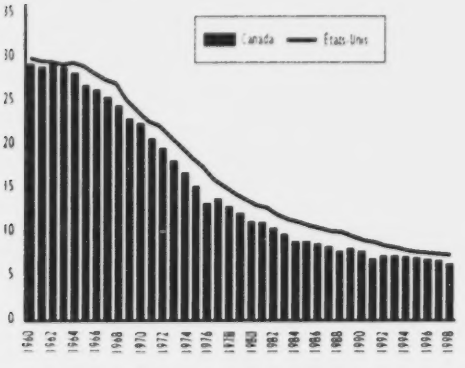
Source: OCDE 2002b.

Figure 1.6
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes) dans les pays de l'OCDE, 2000



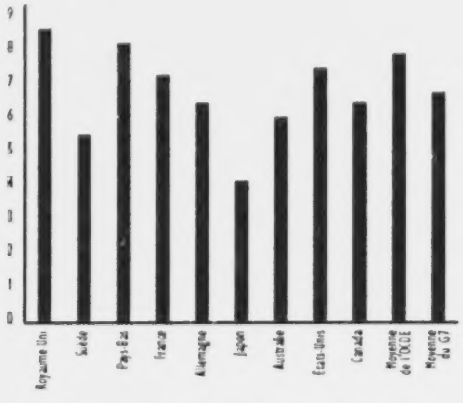
Nota : Les chiffres fournis pour le Canada et les États-Unis sont ceux de 1999.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.7
Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances vivantes), Canada et États-Unis, 1960 à 1998



Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.8
Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances vivantes) dans les pays de l'OCDE, 1998



Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Depuis son rapport de 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage ses membres à recueillir des données sur le nombre d'années de vie sans incapacité, indicateur qui permet de déterminer si une société offre à ses membres non seulement une meilleure espérance de vie, mais également une meilleure qualité de vie (voir figure 1.4). Tant les soins médicaux que les programmes de prévention devraient influer sur le nombre d'années de vie sans incapacité. Pour cet indicateur, le Canada se classe, selon les estimations, au 9e rang parmi les 30 pays de l'OCDE (Mathers et al. 2000); la performance du Canada est donc raisonnablement bonne, mais elle pourrait être meilleure.

La réduction du taux de mortalité infantile est un secteur où le Canada a indubitablement réalisé des progrès, qui sont le résultat presque direct d'améliorations aux chapitres de l'éducation, de la santé, du logement, de la nutrition et du niveau de vie en général. Un faible taux témoigne également de l'influence des initiatives de soins de santé primaires, et en particulier de la qualité des soins prénatals. Le taux de mortalité infantile au Canada n'a cessé de diminuer, passant de 27,3 décès pour 1 000 naissances en 1960 à 5,3 décès pour 1 000 naissances en 2000 (voir figure 1.5). Malgré ces progrès, il y a encore place pour l'amélioration. Le Canada se classe actuellement au 17e rang parmi les pays de l'OCDE; notre taux est considérablement plus élevé que ceux du Japon et de la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest (voir figure 1.6).

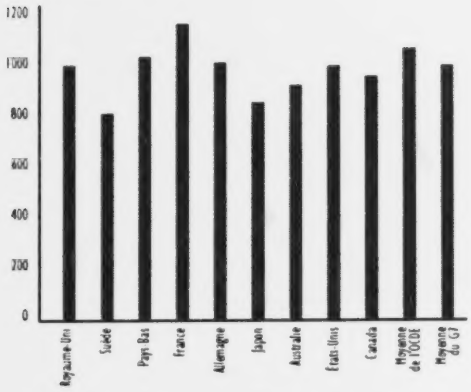
Une autre mesure de l'état de santé est la mortalité périnatale, soit le nombre de décès qui surviennent entre la 28e semaine de grossesse et le premier mois de vie d'un enfant. Comme dans le cas de la mortalité infantile, les baisses du taux de mortalité périnatale témoignent d'une amélioration des conditions de vie de la mère et de la qualité des soins prénatals. Par exemple, une mère non fumeuse, en bonne santé et dont la grossesse est surveillée par des professionnels de la santé compétents a beaucoup plus de chances de mener sa grossesse à terme et de donner naissance à un bébé en santé. La mortalité périnatale varie également selon le niveau de soins qui peuvent être fournis aux bébés nés prématurément et de faible poids, ou lorsque des complications surviennent à l'accouchement. Une diminution du taux de mortalité périnatale est attribuable, du moins en partie, à la qualité et, encore plus, à l'accessibilité des soins médicaux spécialisés. La position du Canada parmi tous les pays de l'OCDE n'est pas exceptionnelle; en 1998, il affichait 6,2 décès pour 1 000 naissances et se classait au 10e rang. Cependant, le taux de mortalité périnatale du Canada est toujours plus faible que celui des États-Unis, suggérant que l'accès général aux soins hospitaliers et médicaux à l'intérieur de notre système de santé est un facteur important dans la réduction de la mortalité périnatale (voir figures 1.7 et 1.8).

Équité

L'équité est un facteur clé dans l'évaluation de tout système de santé, y compris le nôtre. C'est un concept qui signifie que les citoyens obtiennent les soins dont ils ont besoin, peu importe leur statut social ou d'autres caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique ou le lieu de résidence. C'est aussi un concept qui nous amène à nous demander si certains groupes de la société ont un meilleur accès aux soins de santé ou obtiennent de meilleurs résultats dans le domaine de la santé que d'autres (Goddard et Smith 2001).

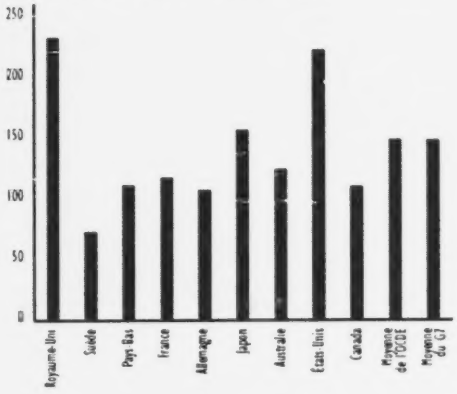
Les dépenses de soins de santé semblent effectivement influer sur les résultats en matière de santé. Des indicateurs de la santé comme l'espérance de vie et la mortalité infantile montrent clairement que l'augmentation des dépenses allège les problèmes (Crémieux et al. 1999). Mais l'effet n'est ni immédiat ni direct. Un système inefficace, par exemple, peut utiliser plus de ressources en santé pour donner de meilleurs salaires aux dispensateurs de soins sans obtenir une amélioration correspondante de services. Il se peut qu'un système peu accessible ne soit pas utile aux personnes qui pourraient en tirer le plus grand profit. On invoque parfois ces raisons pour expliquer qu'un système très coûteux comme celui des États-Unis ne produit pas les résultats escomptés.

Figure 1.9
Années potentielles de vie perdues : néoplasmes malins (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998



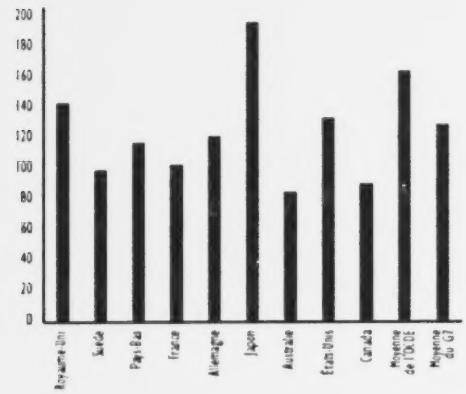
Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.10
Années potentielles de vie perdues : maladies de l'appareil respiratoire (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998



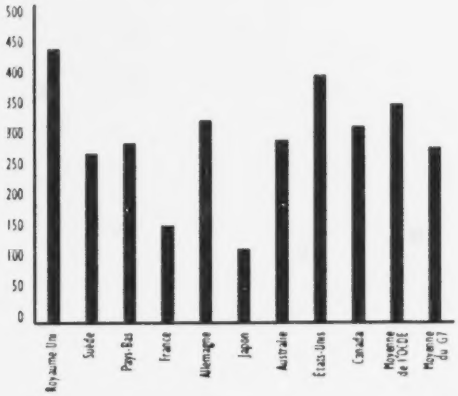
Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.11
Années potentielles de vie perdues : maladies cérébrovasculaires (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998



Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Figure 1.12
Années potentielles de vie perdues: cardiopathies ischémiques (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998



Nota : 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OCDE 2002b.

Une coalition de chercheurs de plusieurs pays s'attache à évaluer l'équité dans divers pays de l'OCDE depuis plus d'une décennie. Ils ont conclu que le Canada est en bonne posture par rapport à d'autres pays et qu'il obtient des résultats très positifs dans certains secteurs. Ainsi, l'accès aux médecins de famille ne semble pas varier selon le statut socio-économique. En fait, les personnes moins favorisées consultent plus souvent un médecin de famille que l'ensemble de la population. À cet égard, les chercheurs estiment que l'absence de la participation aux coûts est l'un des points forts du système canadien (van Doorslaer et al. 2002). Par contre, les personnes qui ont un revenu plus élevé ont plus facilement accès à des spécialistes (Atler et al. 1999).

Faculté de s'attaquer à certaines maladies

Pour déterminer dans quelle mesure le système de santé répond aux besoins des Canadiens, on peut aussi se demander s'il permet de bien s'attaquer à certains problèmes de santé, notamment les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et d'autres problèmes de même nature, les troubles respiratoires graves et le cancer. Dans l'ensemble, le tableau est positif. Le Canada se situe généralement au-dessus ou dans la moyenne des pays comparables de l'OCDE (voir figures 1.9 à 1.12). En fait, les indicateurs du Canada sont, tout comme ceux d'autres pays, parfois excellents (dans le cas des accidents vasculaires cérébraux) et parfois faibles (dans le cas notamment des maladies respiratoires). Ainsi, le Canada se classe au 3e rang parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est des problèmes cérébrovasculaires, mais au 13e pour ce qui est des maladies cardiovasculaires.

Disparités à l'intérieur du Canada

Même si le système de santé canadien se compare bien à celui d'autres pays riches industrialisés, on observe de graves disparités dans les résultats en matière de santé à l'intérieur du Canada. Il y a bel et bien, selon le lieu de résidence, des iniquités quant aux bénéfices qu'une personne peut tirer du système public de santé.

Ces disparités correspondent essentiellement aux réalités économiques, démographiques et culturelles qui les sous-tendent, soit la pauvreté ou la richesse relative de diverses régions, le degré d'urbanisation, la densité de la population ou la composition ethnique (Statistique Canada 2000). Elles peuvent aussi témoigner de la culture politique différente ou de la cohésion sociale d'une province ou d'une région, des degrés de tolérance de la population à l'égard de certains comportements à risque comme le tabagisme ou la consommation abusive d'alcool, de l'existence de politiques de santé globales et du degré de collaboration entre les professionnels de la santé.

Il y a de graves disparités entre les habitants du nord du Canada et ceux du sud, ainsi qu'entre les habitants de la région de l'Atlantique et ceux du reste du pays. En d'autres termes, les disparités ne s'observent pas seulement selon un axe nord-sud, mais aussi selon un axe est-ouest. Par exemple, une étude récente a montré que les habitants du Nunavik, au Québec, vivent en moyenne 15,8 ans de moins que ceux de Richmond (Colombie-Britannique) (Statistique Canada 2002h). Cet écart traduit une différence de près de 79 ans d'histoire entre les deux collectivités, sur le plan de l'état de santé et du développement social, puisqu'il faut environ cinq ans pour gagner une année d'espérance de vie. Mais pour situer cette observation dans son contexte, il importe de mentionner que même l'infime différence entre les collectivités voisines de Vancouver (espérance de vie de 78,6 ans) et Richmond (espérance de vie de 81,2 ans) se traduit par un écart de 13 ans dans l'état de santé et le développement social. La figure 1.13 compare l'espérance de vie entre les provinces et les territoires.

On observe également que la disponibilité des soins de santé varie énormément au Canada et que l'accès n'est manifestement pas le même selon l'axe nord-sud. La densité de la population détermine dans une grande mesure l'accès aux professionnels de la santé, aux ressources médicales

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

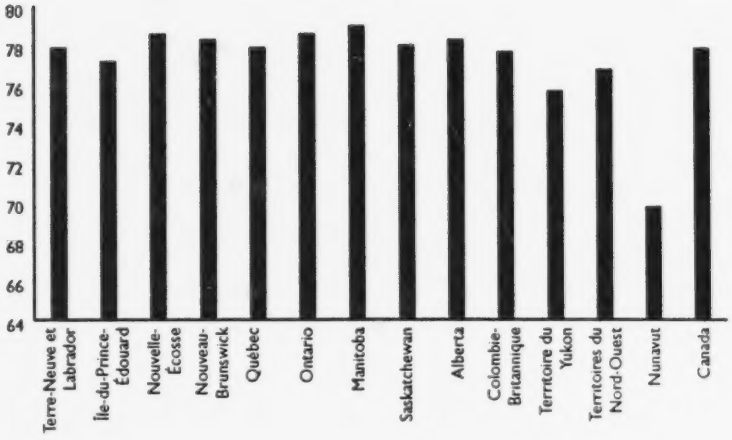
LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Figure 1.13 Espérance de vie à la naissance, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996



Source : ICIS 2002f.

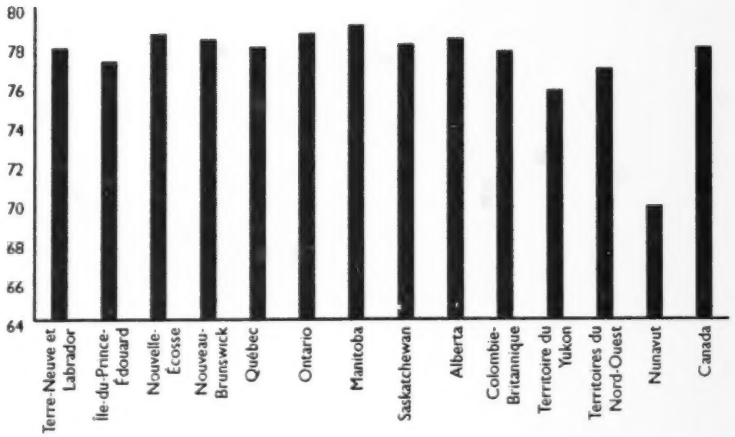
et aux soins hospitaliers de pointe. Les régions du nord du Canada sont moins peuplées et, conséquemment, elles sont relativement moins bien desservies que les régions du sud. Certaines provinces, notamment Terre-Neuve et le Labrador et le Québec, ont choisi d'offrir des ressources médicales (médecins et établissements) dont l'importance dépasse ce à quoi l'on pourrait s'attendre compte tenu de la taille ou de la répartition de leur population (voir carte 1.1).

Les taux des interventions connaissent également des variations qui ne témoignent pas toujours de la richesse ou de la taille relative de la population des provinces et des territoires. Une comparaison des taux d'hospitalisation à la suite d'une fracture de la hanche dans chaque province et territoire montre que ces taux sont plus élevés en Alberta et en Colombie-Britannique même si ces provinces ont une population plus jeune et une économie plus forte que le Nouveau-Brunswick ou la Nouvelle-Écosse, qui connaissent des taux plus bas (voir carte 1.2).

Pour évaluer la disponibilité des soins de santé, on peut aussi demander aux Canadiens si le système de santé répond à leurs besoins. Les réponses à ces questions sont parfois difficiles à interpréter, car elles ne correspondent pas nécessairement aux différences dans l'état de santé et dans les besoins des personnes interrogées. Il n'en reste pas moins que ces enquêtes peuvent parfois nous éclairer sur des besoins en santé qui ne sont pas satisfaits. Les enquêtes actuelles révèlent qu'il y a de très légères variations à l'échelle du pays et que la plupart des Canadiens sont satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent. Comme la disponibilité des soins n'est pas la même dans l'ensemble du pays, l'uniformité de la satisfaction peut révéler que les Canadiens adaptent leurs attentes au niveau de soins qui leur est offert (voir figures 1.14 et 1.15).

Les disparités dans la qualité des soins de santé sont plus difficiles à mesurer. On peut notamment déterminer le nombre d'interventions en milieu hospitalier qui auraient pu être évitées si l'on était intervenu plus tôt ou par d'autres moyens et ce, avant qu'une hospitalisation ne s'impose. Ces catégories d'interventions sont mesurées selon les affections sensibles aux soins ambulatoires (voir carte 1.3) qui sont souvent considérées comme de bons indicateurs de la qualité du système de soins de santé. (Brown et al. 2001; Billings et al. 1996). Un système de soins de santé primaires adéquat et bien rodé peut certainement contribuer à prévenir des hospitalisations inutiles. L'un des paradoxes du système de santé canadien tient à ce que les soins de santé primaires sont

Figure 1.13 Espérance de vie à la naissance, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996



Source : ICIS 2002f.

et aux soins hospitaliers de pointe. Les régions du nord du Canada sont moins peuplées et, conséquemment, elles sont relativement moins bien desservies que les régions du sud. Certaines provinces, notamment Terre-Neuve et le Labrador et le Québec, ont choisi d'offrir des ressources médicales (médecins et établissements) dont l'importance dépasse ce à quoi l'on pourrait s'attendre compte tenu de la taille ou de la répartition de leur population (voir carte 1.1).

Les taux des interventions connaissent également des variations qui ne témoignent pas toujours de la richesse ou de la taille relative de la population des provinces et des territoires. Une comparaison des taux d'hospitalisation à la suite d'une fracture de la hanche dans chaque province et territoire montre que ces taux sont plus élevés en Alberta et en Colombie-Britannique même si ces provinces ont une population plus jeune et une économie plus forte que le Nouveau-Brunswick ou la Nouvelle-Écosse, qui connaissent des taux plus bas (voir carte 1.2).

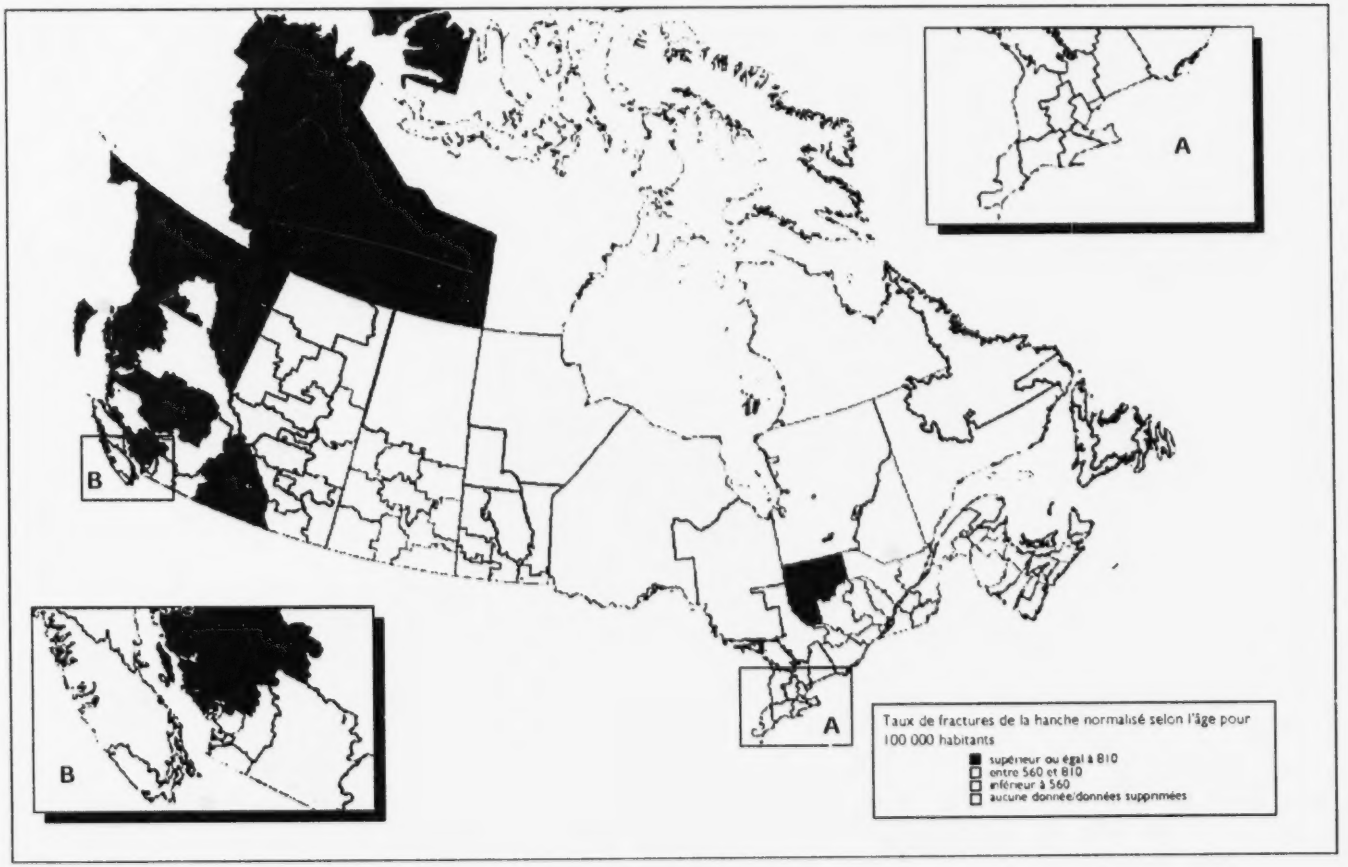
Pour évaluer la disponibilité des soins de santé, on peut aussi demander aux Canadiens si le système de santé répond à leurs besoins. Les réponses à ces questions sont parfois difficiles à interpréter, car elles ne correspondent pas nécessairement aux différences dans l'état de santé et dans les besoins des personnes interrogées. Il n'en reste pas moins que ces enquêtes peuvent parfois nous éclairer sur des besoins en santé qui ne sont pas satisfaits. Les enquêtes actuelles révèlent qu'il y a de très légères variations à l'échelle du pays et que la plupart des Canadiens sont satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent. Comme la disponibilité des soins n'est pas la même dans l'ensemble du pays, l'uniformité de la satisfaction peut révéler que les Canadiens adaptent leurs attentes au niveau de soins qui leur est offert (voir figures 1.14 et 1.15).

Les disparités dans la qualité des soins de santé sont plus difficiles à mesurer. On peut notamment déterminer le nombre d'interventions en milieu hospitalier qui auraient pu être évitées si l'on était intervenu plus tôt ou par d'autres moyens et ce, avant qu'une hospitalisation ne s'impose. Ces catégories d'interventions sont mesurées selon les affections sensibles aux soins ambulatoires (voir carte 1.3) qui sont souvent considérées comme de bons indicateurs de la qualité du système de soins de santé. (Brown et al. 2001; Billings et al. 1996). Un système de soins de santé primaires adéquat et bien rodé peut certainement contribuer à prévenir des hospitalisations inutiles. L'un des paradoxes du système de santé canadien tient à ce que les soins de santé primaires sont

Carte 1.1 Établissements pour soins aigus au Canada, 1999-2000

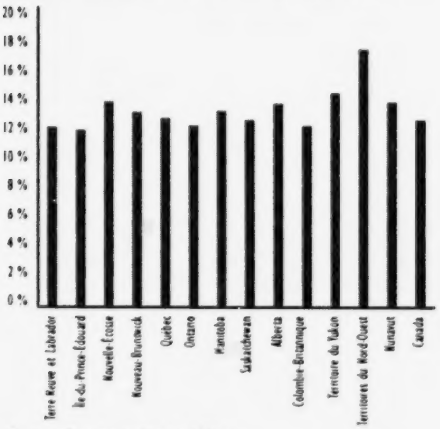
Source : ICIS 2003

Carte 1.2 Hospitalisations pour fracture de la hanche par région sanitaire, 1999-2000



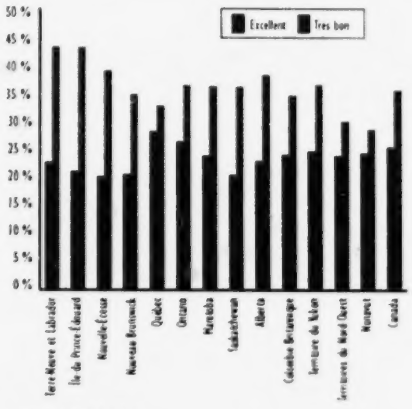
Source : ICIS 2002.

Figure 1.14
Pourcentage de la population affirmant que certains de ses besoins en santé ne sont pas satisfaits, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001



Source : Statistique Canada 2002f.

Figure 1.15
État de santé « excellent » et « très bon » déclaré par les répondants, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001



Source : ICIS 2002f.

plus développés dans les provinces plus riches et plus peuplées, alors que ce sont celles qui possèdent également le plus grand nombre d'hôpitaux. À l'inverse, les provinces qui ont le moins d'hôpitaux sont également moins en mesure de prévenir et de résoudre les problèmes de santé avant qu'ils n'exigent des soins hospitaliers.

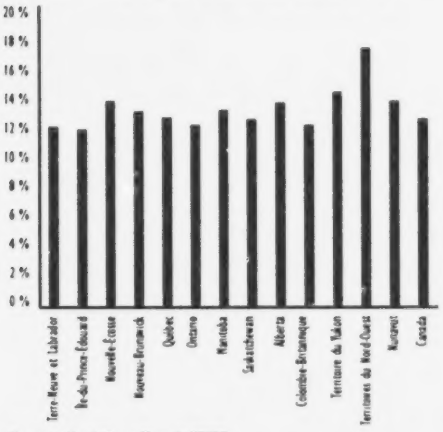
On peut aussi mesurer les disparités dans la santé des Canadiens en les interrogeant sur leur état de santé personnel. En général, les Canadiens attribuent à leur état de santé une cote supérieure à celle qui serait obtenue à l'aide de mesures objectives. Les habitants de certaines régions où l'état de santé est moins bon — des personnes qui ont peut-être une espérance de vie inférieure ou des fumeurs chroniques — perçoivent, en général, que leur état de santé est assez semblable à celui des habitants des régions ayant une espérance de vie plus longue et des habitudes de vie plus saines. Il est clair que les attentes des gens et l'évaluation qu'ils font de leur état de santé sont influencées par leur collectivité et par la région dans laquelle ils vivent.

Vieillissement de la population

On a traité en long et en large du vieillissement de la population du Canada, et certains y voient une raison de plus de s'inquiéter de la viabilité du système de santé canadien.

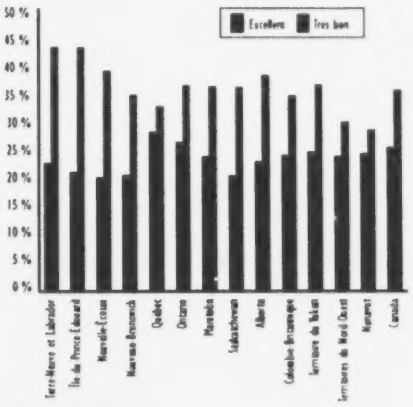
Les tendances démographiques montrent que la proportion de Canadiens de 60 ans et plus, qui s'établit à 17 % aujourd'hui, passera à 28,5 % d'ici 2031 (voir figure 1.16). Pour certains, cette augmentation du pourcentage de personnes âgées entraînera une dérive des dépenses de soins de santé, et le système de santé subira de fortes pressions pour répondre à la demande accrue de services. Ces personnes soutiennent que le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé. Le tableau 1.1 montre que les dépenses annuelles moyennes en soins de santé par habitant pour les personnes de 65 ans et plus sont à peu près trois fois plus élevées que celles qui concernent l'ensemble des groupes d'âge. Les dépenses de santé augmentent en général avec

Figure 1.14
Pourcentage de la population affirmant que certains de ses besoins en santé ne sont pas satisfaits, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001



Source : Statistique Canada 2002f.

Figure 1.15
État de santé « excellent » et « très bon » déclaré par les répondants, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001



Source : ICIS 2002f.

plus développés dans les provinces plus riches et plus peuplées, alors que ce sont celles qui possèdent également le plus grand nombre d'hôpitaux. À l'inverse, les provinces qui ont le moins d'hôpitaux sont également moins en mesure de prévenir et de résoudre les problèmes de santé avant qu'ils n'exigent des soins hospitaliers.

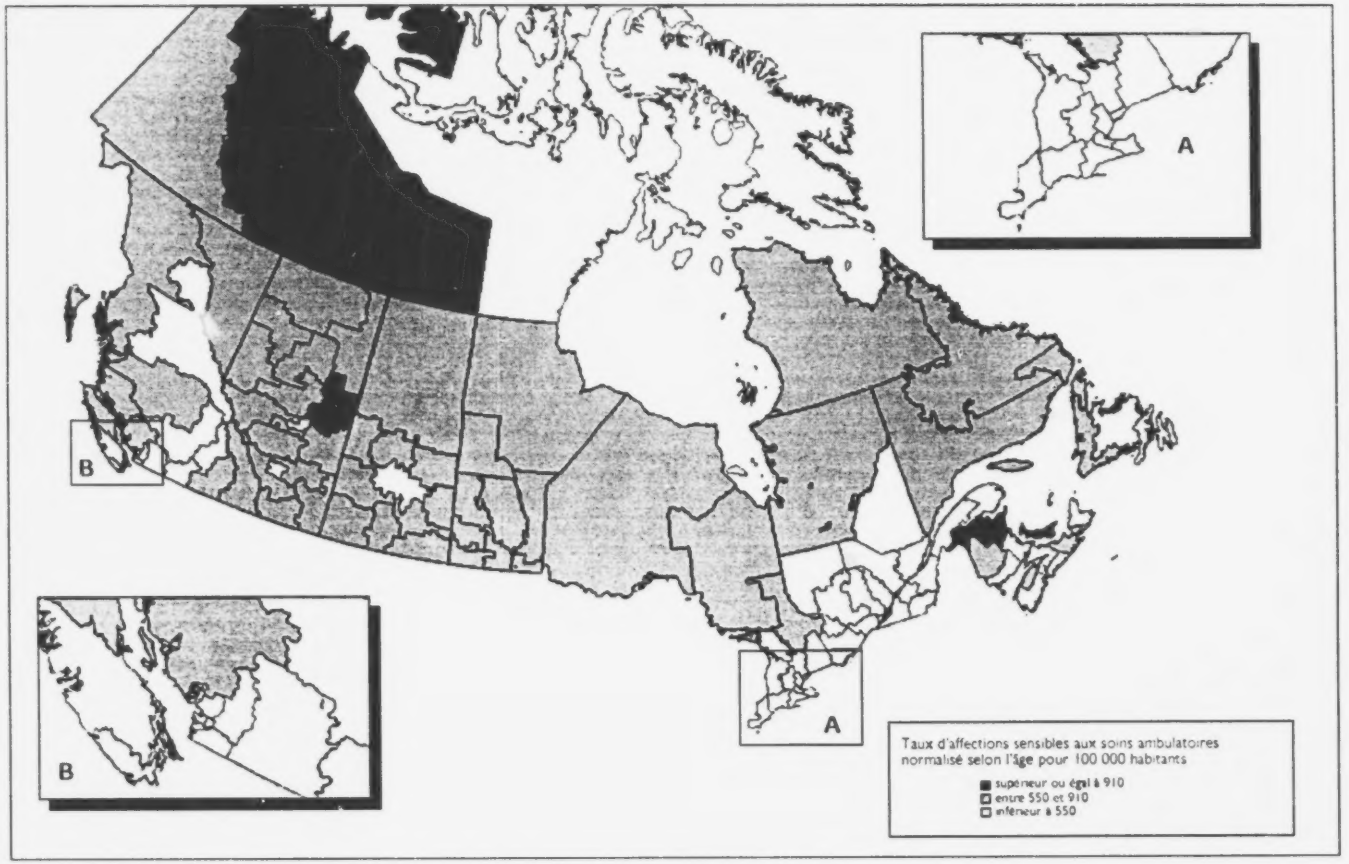
On peut aussi mesurer les disparités dans la santé des Canadiens en les interrogeant sur leur état de santé personnel. En général, les Canadiens attribuent à leur état de santé une cote supérieure à celle qui serait obtenue à l'aide de mesures objectives. Les habitants de certaines régions où l'état de santé est moins bon — des personnes qui ont peut-être une espérance de vie inférieure ou des fumeurs chroniques — perçoivent, en général, que leur état de santé est assez semblable à celui des habitants des régions ayant une espérance de vie plus longue et des habitudes de vie plus saines. Il est clair que les attentes des gens et l'évaluation qu'ils font de leur état de santé sont influencées par leur collectivité et par la région dans laquelle ils vivent.

Vieillissement de la population

On a traité en long et en large du vieillissement de la population du Canada, et certains y voient une raison de plus de s'inquiéter de la viabilité du système de santé canadien.

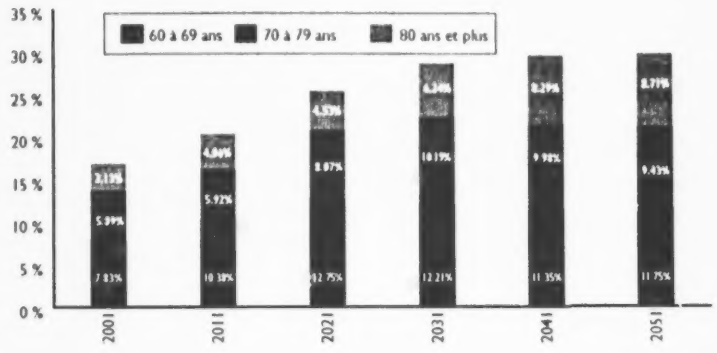
Les tendances démographiques montrent que la proportion de Canadiens de 60 ans et plus, qui s'établit à 17 % aujourd'hui, passera à 28,5 % d'ici 2031 (voir figure 1.16). Pour certains, cette augmentation du pourcentage de personnes âgées entraînera une dérive des dépenses de soins de santé, et le système de santé subira de fortes pressions pour répondre à la demande accrue de services. Ces personnes soutiennent que le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé. Le tableau 1.1 montre que les dépenses annuelles moyennes en soins de santé par habitant pour les personnes de 65 ans et plus sont à peu près trois fois plus élevées que celles qui concernent l'ensemble des groupes d'âge. Les dépenses de santé augmentent en général avec

Carte 1.3 Affections sensibles aux soins ambulatoires par région sanitaire, 1999-2000



Source : ICIS 2002.

Figure 1.16
Projections démographiques pour le Canada, pourcentage de la population âgé de 60 ans et plus, 2001 à 2051



Source: Statistique Canada 2000.

Tableau 1.1
Dépenses annuelles moyennes par habitant, selon l'âge et le secteur, 2000-2001

	Public	Privé	Total
Tous les groupes d'âges	2 243,56 $	930,69 $	3 174,24 $
65 ans+	8 524,72 $	2,309,30 $	10 834,02 $
65-74 ans	4 975,16 $	1,648,37 $	6 623,53 $
75-84 ans	10 083,36 $	2,451,91 $	12 535,27 $
85 ans+	21 878,36 $	5 256,59 $	27 134,95 $

Source : Santé Canada 2001d.

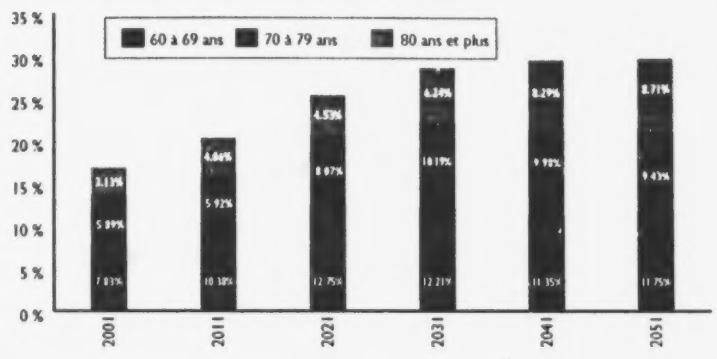
l'âge, bien que la majorité des analystes conviennent que le vieillissement, à lui seul, n'entraîne qu'une augmentation d'environ 1 % par année (Conference Board du Canada 2001).

L'impact du vieillissement sur le système de santé ne se fait pas sentir uniquement au Canada. Au-delà de nos frontières, d'autres pays qui se comparent au Canada ont déjà fait face à ce problème et ont réussi à gérer leurs coûts. Une étude signale que :

> Une bonne partie des données internationales examinées révèlent qu'une légère croissance de l'économie devrait permettre à la plupart des pays de gérer la croissance de la population âgée et des dépenses de soins de santé qui les attendent. Il faut aussi garder à l'esprit que certains pays ont déjà des populations âgées plus importantes que celle du Canada, dépensent beaucoup moins et obtiennent des résultats en matière de santé semblables à ceux du Canada. [*Traduction*] (Rosenberg 2000, 20).

Une autre question difficile mais importante se pose : les futures générations de Canadiens vieillissants seront-elles en meilleure santé que les précédentes ? Exception faite des problèmes liés à une mauvaise alimentation, en particulier l'obésité, le Canada se situe dans la moyenne, ou au-dessus de la moyenne, des grands pays industrialisés en ce qui concerne les habitudes de vie et les programmes susceptibles d'avoir une incidence sur la santé. Voilà qui est de bon augure pour l'avenir, pourvu que les Canadiens continuent à prendre des mesures visant à améliorer leurs habitudes de vie et à demeurer en bonne santé.

Figure 1.16
Projections démographiques pour le Canada, pourcentage de la population âgé de 60 ans et plus, 2001 à 2051



Source: Statistique Canada 2000.

Tableau 1.1
Dépenses annuelles moyennes par habitant, selon l'âge et le secteur, 2000-2001

	Public	Privé	Total
Tous les groupes d'âges	2 243,56 $	930,69 $	3 174,24 $
65 ans+	8 524,72 $	2,309,30 $	10 834,02 $
65-74 ans	4 975,16 $	1,648,37 $	6 623,53 $
75-84 ans	10 083,36 $	2,451,91 $	12 535,27 $
85 ans+	21 878,36 $	5 256,59 $	27 134,95 $

Source : Santé Canada 2001d.

l'âge, bien que la majorité des analystes conviennent que le vieillissement, à lui seul, n'entraîne qu'une augmentation d'environ 1 % par année (Conference Board du Canada 2001).

L'impact du vieillissement sur le système de santé ne se fait pas sentir uniquement au Canada. Au-delà de nos frontières, d'autres pays qui se comparent au Canada ont déjà fait face à ce problème et ont réussi à gérer leurs coûts. Une étude signale que :

> Une bonne partie des données internationales examinées révèlent qu'une légère croissance de l'économie devrait permettre à la plupart des pays de gérer la croissance de la population âgée et des dépenses de soins de santé qui les attendent. Il faut aussi garder à l'esprit que certains pays ont déjà des populations âgées plus importantes que celle du Canada, dépensent beaucoup moins et obtiennent des résultats en matière de santé semblables à ceux du Canada. [*Traduction*] (Rosenberg 2000, 20).

Une autre question difficile mais importante se pose : les futures générations de Canadiens vieillissants seront-elles en meilleure santé que les précédentes? Exception faite des problèmes liés à une mauvaise alimentation, en particulier l'obésité, le Canada se situe dans la moyenne, ou au-dessus de la moyenne, des grands pays industrialisés en ce qui concerne les habitudes de vie et les programmes susceptibles d'avoir une incidence sur la santé. Voilà qui est de bon augure pour l'avenir, pourvu que les Canadiens continuent à prendre des mesures visant à améliorer leurs habitudes de vie et à demeurer en bonne santé.

En fait, peu importe la façon dont nous examinons les données, elles nous mènent à la même conclusion. Il ne fait pas de doute que le Canada sera plus « grisonnant » dans quelques années, mais il ne faut voir là ni le spectre d'une catastrophe, ni un problème que l'on peut balayer du revers de la main. Les baby-boomers d'aujourd'hui jouiront d'une meilleure santé dans leur vieil âge que leurs parents, et ils auront moins d'affections chroniques et de problèmes de santé causés par le tabagisme et d'autres habitudes de vie. Malgré tout, la demande pour certains types de services particuliers ne manquera pas d'augmenter. Ainsi, le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de personnes nécessitant un remplacement de la hanche ou du genou ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux devront être prêts à agir. Il faudrait rajuster les programmes de santé et le financement pour contrer l'impact du vieillissement et, en particulier, l'augmentation de la demande de services liés à la baisse d'autonomie chez les personnes âgées (Hogan et Hogan 2002). Toutefois, comme on ne peut prévoir avec exactitude les besoins en santé de la population, il faudrait adopter des approches souples afin d'éviter d'investir dans des établissements et des programmes qui ne répondront pas nécessairement aux besoins futurs des aînés du Canada. Des prévisions et une planification de qualité permettront au système de santé de s'adapter à temps à la nouvelle donne du vieillissement de la population.

Besoins et viabilité

Le deuxième facteur clé de l'évaluation de la viabilité est celui des besoins. En d'autres termes, le système de santé répond-il adéquatement aux besoins des Canadiens? La réponse est un oui mitigé. Le Canada obtient, en matière de santé, des résultats qui se comparent favorablement à ceux d'autres pays et, selon les données recueillies, il s'attaque avec efficacité aux facteurs qui ont une influence sur la santé globale de sa population. Il y a cependant place à l'amélioration dans certains secteurs. Et il y a des disparités graves sur le plan de l'accès aux soins de santé et des résultats en matière de santé dans certaines régions du Canada. Il faut, de toute évidence, redoubler d'efforts pour réduire ces disparités et pour s'attaquer à des facteurs qui affectent la santé des Canadiens, comme le tabagisme, l'obésité et la sédentarité. Ces facteurs seront étudiés plus en détail dans le chapitre 5 de ce rapport. L'autre conclusion, c'est que le vieillissement de la population ne constitue pas une menace aussi dramatique pour la viabilité de notre système que certains le prétendent. Il ajoutera certains coûts à notre système de santé, mais ce sont des coûts que nous pourrons gérer, surtout si nous nous préparons pour le défi et si nous apportons des rajustements pour aller au-devant de l'impact du vieillissement de la population.

RESSOURCES DU SYSTÈME — LE FINANCEMENT

Comme on l'a noté au début de ce chapitre, le troisième grand élément de la définition de la viabilité est celui de la disponibilité des ressources nécessaires. Le système de santé a besoin de diverses ressources pour offrir des services et répondre aux besoins en soins de santé de la population. Il ne s'agit pas seulement de ressources financières, mais aussi de ressources humaines et matérielles (p. ex. matériel, installations et moyens technologiques). Le chapitre 3 porte sur l'information dont les dispensateurs de soins, les gouvernements et les citoyens ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur l'ensemble du système et sur les soins dont ils ont besoin. Le chapitre 4 porte sur l'offre et la répartition des professionnels de la santé ainsi que l'évolution de leur rôle. Le chapitre 6 porte sur la disponibilité et l'accessibilité de la technologie et des installations. Tous font partie intégrante de l'efficience et de l'efficacité du système de santé.

Une bonne partie du débat sur la viabilité de l'assurance-santé a toutefois porté sur les ressources financières et les questions connexes : augmentation des coûts des soins de santé, responsabilité financière de certains aspects du système de santé et capacité de survie du système de santé. On s'est demandé s'il y a trop peu d'investissement public dans le système, s'il y a d'autres moyens de trouver des fonds publics et si le système, dans sa forme actuelle, correspond toujours à nos moyens. Comme les autres chapitres n'abordent pas ces questions en détail, nous en traiterons directement dans le reste de ce chapitre et nous nous demanderons tout d'abord comment le financement des soins de santé au Canada se compare avec celui d'autres pays, s'il y a lieu d'envisager d'autres options en matière de financement et quelle part relative est assumée par les divers gouvernements.

Importance des impôts au Canada

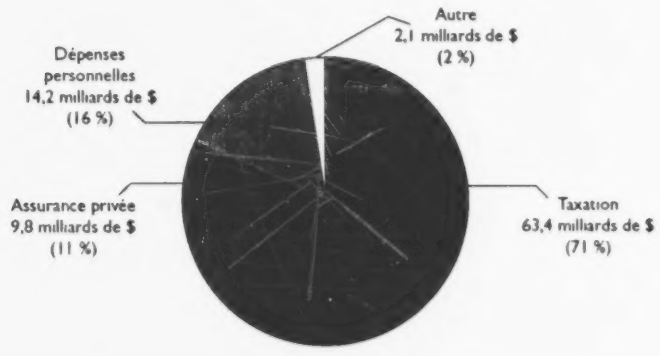
Les Canadiens assument, directement ou indirectement, les coûts de tous les aspects de notre système de santé au moyen d'un ensemble d'impôts, de paiements au gouvernement, de primes d'assurance privée et de dépenses personnelles dont le type et l'importance varient. Au dire de certains, le Canada a trop recours à la taxation pour soutenir son système de santé.

Comme le montre la figure 1.17, les fonds affectés aux soins de santé au Canada proviennent à 71 % des impôts. Dans certains pays comme l'Allemagne, le Japon, la France et les Pays-Bas, la majeure partie du financement des soins de santé provient de primes d'assurance sociale, sous la forme de charges sociales. Dans la plupart des pays développés (sauf ceux qui dépendent largement de l'assurance sociale), l'ensemble des soins de santé sont financés, dans une proportion de 70 à 80 %, au moyen du système fiscal (Mossialos et al. 2002). D'après les comparaisons de la figure 1.18, il est difficile de conclure que le Canada dépend trop des impôts pour soutenir les soins de santé.

Recours à l'assurance privée et aux dépenses personnelles

Le Canada diffère de la plupart des pays de l'OCDE au chapitre de la participation aux coûts et des frais modérateurs. En effet, le Canada finance la quasi-totalité des services fournis par les hôpitaux et les médecins à même les impôts, alors que la plupart des pays de l'OCDE ont recours à la participation aux coûts et aux frais modérateurs dans ces domaines. Le Canada a par contre recours dans une plus grande mesure à l'assurance privée et aux dépenses personnelles pour financer les soins de santé qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*.

Figure 1.17
Dépenses de santé totales, selon la source de financement, 1999



Nota : On utilise ici les données de 1999 plutôt que les données prévues pour 2000 ou 2001. L'élément « autre » du financement par le secteur privé comprend les revenus des hôpitaux qui ne sont pas liés aux patients, notamment l'exploitation auxiliaire, les dons et les revenus de placement.
Source : ICIS 2001e.

En fait, peu importe la façon dont nous examinons les données, elles nous mènent à la même conclusion. Il ne fait pas de doute que le Canada sera plus « grisonnant » dans quelques années, mais il ne faut voir là ni le spectre d'une catastrophe, ni un problème que l'on peut balayer du revers de la main. Les baby-boomers d'aujourd'hui jouiront d'une meilleure santé dans leur vieil âge que leurs parents, et ils auront moins d'affections chroniques et de problèmes de santé causés par le tabagisme et d'autres habitudes de vie. Malgré tout, la demande pour certains types de services particuliers ne manquera pas d'augmenter. Ainsi, le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de personnes nécessitant un remplacement de la hanche ou du genou ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux devront être prêts à agir. Il faudrait rajuster les programmes de santé et le financement pour contrer l'impact du vieillissement et, en particulier, l'augmentation de la demande de services liés à la baisse d'autonomie chez les personnes âgées (Hogan et Hogan 2002). Toutefois, comme on ne peut prévoir avec exactitude les besoins en santé de la population, il faudrait adopter des approches souples afin d'éviter d'investir dans des établissements et des programmes qui ne répondront pas nécessairement aux besoins futurs des aînés du Canada. Des prévisions et une planification de qualité permettront au système de santé de s'adapter à temps à la nouvelle donne du vieillissement de la population.

Besoins et viabilité

Le deuxième facteur clé de l'évaluation de la viabilité est celui des besoins. En d'autres termes, le système de santé répond-il adéquatement aux besoins des Canadiens? La réponse est un oui mitigé. Le Canada obtient, en matière de santé, des résultats qui se comparent favorablement à ceux d'autres pays et, selon les données recueillies, il s'attaque avec efficacité aux facteurs qui ont une influence sur la santé globale de sa population. Il y a cependant place à l'amélioration dans certains secteurs. Et il y a des disparités graves sur le plan de l'accès aux soins de santé et des résultats en matière de santé dans certaines régions du Canada. Il faut, de toute évidence, redoubler d'efforts pour réduire ces disparités et pour s'attaquer à des facteurs qui affectent la santé des Canadiens, comme le tabagisme, l'obésité et la sédentarité. Ces facteurs seront étudiés plus en détail dans le chapitre 5 de ce rapport. L'autre conclusion, c'est que le vieillissement de la population ne constitue pas une menace aussi dramatique pour la viabilité de notre système que certains le prétendent. Il ajoutera certains coûts à notre système de santé, mais ce sont des coûts que nous pourrons gérer, surtout si nous nous préparons pour le défi et si nous apportons des rajustements pour aller au-devant de l'impact du vieillissement de la population.

RESSOURCES DU SYSTÈME — LE FINANCEMENT

Comme on l'a noté au début de ce chapitre, le troisième grand élément de la définition de la viabilité est celui de la disponibilité des ressources nécessaires. Le système de santé a besoin de diverses ressources pour offrir des services et répondre aux besoins en soins de santé de la population. Il ne s'agit pas seulement de ressources financières, mais aussi de ressources humaines et matérielles (p. ex. matériel, installations et moyens technologiques). Le chapitre 3 porte sur l'information dont les dispensateurs de soins, les gouvernements et les citoyens ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur l'ensemble du système et sur les soins dont ils ont besoin. Le chapitre 4 porte sur l'offre et la répartition des professionnels de la santé ainsi que l'évolution de leur rôle. Le chapitre 6 porte sur la disponibilité et l'accessibilité de la technologie et des installations. Tous font partie intégrante de l'efficience et de l'efficacité du système de santé.

Une bonne partie du débat sur la viabilité de l'assurance-santé a toutefois porté sur les ressources financières et les questions connexes : augmentation des coûts des soins de santé, responsabilité financière de certains aspects du système de santé et capacité de survie du système de santé. On s'est demandé s'il y a trop peu d'investissement public dans le système, s'il y a d'autres moyens de trouver des fonds publics et si le système, dans sa forme actuelle, correspond toujours à nos moyens. Comme les autres chapitres n'abordent pas ces questions en détail, nous en traiterons directement dans le reste de ce chapitre et nous nous demanderons tout d'abord comment le financement des soins de santé au Canada se compare avec celui d'autres pays, s'il y a lieu d'envisager d'autres options en matière de financement et quelle part relative est assumée par les divers gouvernements.

Importance des impôts au Canada

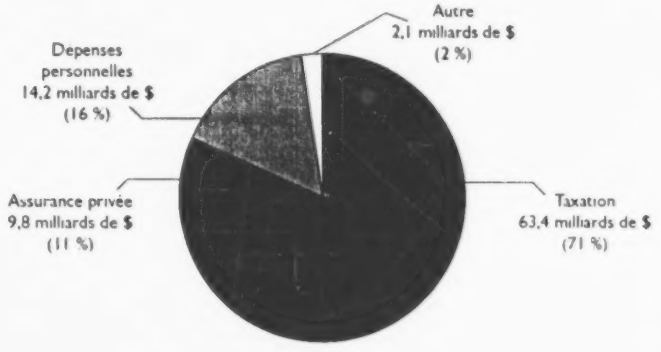
Les Canadiens assument, directement ou indirectement, les coûts de tous les aspects de notre système de santé au moyen d'un ensemble d'impôts, de paiements au gouvernement, de primes d'assurance privée et de dépenses personnelles dont le type et l'importance varient. Au dire de certains, le Canada a trop recours à la taxation pour soutenir son système de santé.

Comme le montre la figure 1.17, les fonds affectés aux soins de santé au Canada proviennent à 71 % des impôts. Dans certains pays comme l'Allemagne, le Japon, la France et les Pays-Bas, la majeure partie du financement des soins de santé provient de primes d'assurance sociale, sous la forme de charges sociales. Dans la plupart des pays développés (sauf ceux qui dépendent largement de l'assurance sociale), l'ensemble des soins de santé sont financés, dans une proportion de 70 à 80 %, au moyen du système fiscal (Mossialos et al. 2002). D'après les comparaisons de la figure 1.18, il est difficile de conclure que le Canada dépend trop des impôts pour soutenir les soins de santé.

Recours à l'assurance privée et aux dépenses personnelles

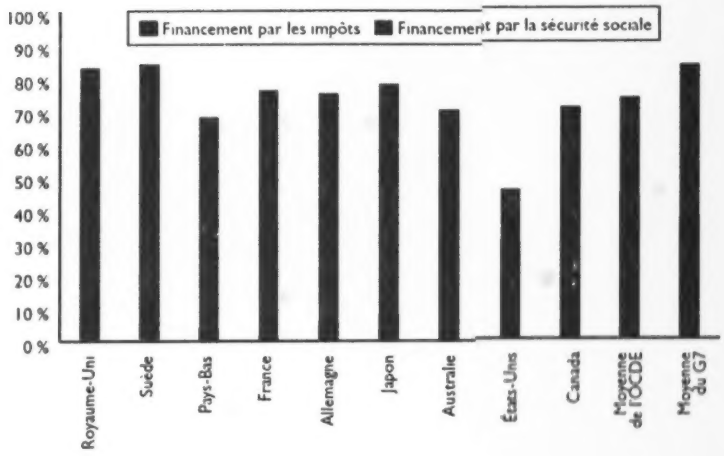
Le Canada diffère de la plupart des pays de l'OCDE au chapitre de la participation aux coûts et des frais modérateurs. En effet, le Canada finance la quasi-totalité des services fournis par les hôpitaux et les médecins à même les impôts, alors que la plupart des pays de l'OCDE ont recours à la participation aux coûts et aux frais modérateurs dans ces domaines. Le Canada a par contre recours dans une plus grande mesure à l'assurance privée et aux dépenses personnelles pour financer les soins de santé qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*.

Figure 1.17
Dépenses de santé totales, selon la source de financement, 1999



Nota : On utilise ici les données de 1999 plutôt que les données prévues pour 2000 ou 2001. L'élément « autre » du financement par le secteur privé comprend les revenus des hôpitaux qui ne sont pas liés aux patients, notamment l'exploitation auxiliaire, les dons et les revenus de placement.
Source : ICIS 2001e.

Figure 1.18
Part du secteur public dans les dépenses de santé totales, selon que les fonds proviennent des impôts ou de la sécurité sociale, dans les pays de l'OCDE 1998



Nota: 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables.
Source : OMS 2001.

Tableau 1.2
Dépenses de santé assumées par le secteur privé, selon la source de financement et l'utilisation des fonds, Canada, 1999

	Secteur privé (milliers de $)			Secteur public (milliers de $)	Secteur privé en % de l'ensemble des biens et services
	Ménages (Dépenses personnelles)	Assurance privée	Total		
Services professionnels :					
Services dentaires	2 870 $	3 508 $	6 378 $	397 $	94 %
Soins de la vue	1 701 $	428 $	2 129 $	218 $	91 %
Autres services	717 $	482 $	1 199 $	546 $	69 %
Biens liés à la santé :					
Médicaments d'ordonnance	2 302 $	3 387 $	5 689 $	4 418 $	56 %
Médicaments en vente libre	1 641 $	..	1 641 $	..	100 %
Fournitures medicales personnelles	1 575 $	..	1 575 $	..	100 %
Autres biens liés à la santé	178 $	50 $	228 $	435 $	34 %
Total	10 984 $	7 855 $	18 839 $	6 014 $	76%

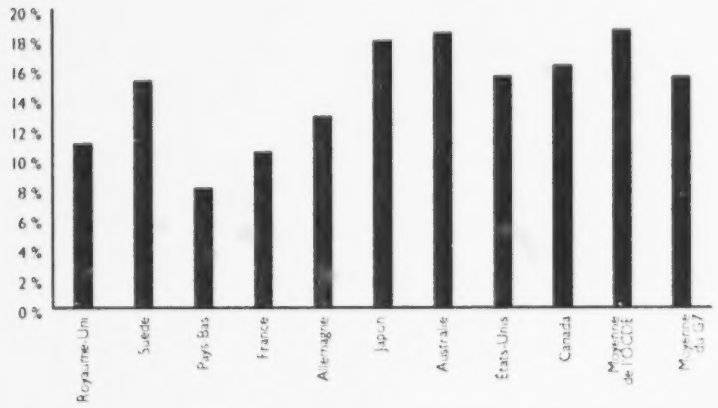
Nota : Les « autres services » comprennent les services de chiropraticiens, de massothérapeutes, d'orthoptistes, d'ostéopathes, de physiothérapeutes, de podiatres, de psychologues, d'infirmières en service privé et de naturopathes. Les « fournitures médicales personnelles » englobent des articles dont la fonction première est la promotion ou le maintien de la santé, p. ex. des produits d'hygiène buccale, des articles diagnostiques comme des bandelettes de mesure de la glycémie et des articles médicaux comme des produits pour incontinence. Les « autres bien liés à la santé » comprennent les appareils auditifs et d'autres fournitures médicales.
Source : ICIS 2001e.

Le tableau 1.2 fait état du pourcentage des coûts des services de santé exclus des services visés par la *Loi canadienne sur la santé* qui sont assumés par des sources privées, c'est-à-dire les régimes d'assurance privés ou les dépenses personnelles. Les services dentaires, par exemple, sont financés quasi entièrement (94 %) par les régimes d'assurance privés et les frais déboursés par les particuliers au Canada, tandis qu'ils sont souvent couverts par les régimes publics dans bon nombre de pays d'Europe de l'Ouest.

Si l'on compare le Canada avec les pays du groupe de comparaison, on constate que seuls le Japon et l'Australie ont des niveaux de dépenses de santé personnelles plus élevés que le Canada, alors que le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas, l'Allemagne et la France ont des niveaux sensiblement plus bas (voir figure 1.19). C'est que les frais imposés dans ces pays sont bas et ne représentent qu'une proportion relativement faible du coût réel des services offerts. Les Canadiens, pour leur part, assument une participation aux coûts et des franchises relativement élevées pour les médicaments d'ordonnance et les services de santé exclus des services visés par la *Loi canadienne sur la santé*, et le Canada enregistre donc un pourcentage plus élevé de dépenses personnelles que d'autres pays.

Même si la participation aux coûts et les franchises sont élevées, les dépenses personnelles directes au Canada ne représentent qu'un pourcentage relativement faible de l'ensemble des coûts des services de santé et sont inférieures à celles de la moyenne des pays de l'OCDE. Le Canada, tout comme la plupart des pays à revenu élevé de l'OCDE, y compris les États-Unis, s'appuie essentiellement sur le financement par les gouvernements ou les assureurs. Dans les pays à revenu élevé, ce que l'on appelle les paiements par des tiers (paiements faits par des gouvernements ou des assureurs) représentent entre 80 et 90 % des dépenses de santé (OCDE 2002b). En revanche, dans les pays de l'OCDE à faible revenu, les dépenses personnelles directes semblent jouer un rôle plus important.

Figure 1.19
Part des dépenses personnelles dans les dépenses de santé totales, dans les pays de l'OCDE, 1998



Nota : Les dépenses personnelles pour la Suède reposent sur des données tirées du profil des systèmes de santé en transition dressé pour la Suède par l'Observatoire européen (2001). Selon l'Observatoire, les dépenses liées à l'assurance privée, en Suède, représentent environ 1 % des dépenses de santé totales. Si l'on se fonde sur les données de l'OCDE sur les dépenses de santé totales et les dépenses de santé privées, les dépenses personnelles correspondent aux dépenses de santé privées qui restent une fois soustraite la part de l'assurance privée. Ce chiffre a ensuite été divisé par les dépenses de santé totales, pour un résultat d'environ 15,2 %. 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables. Les données du Royaume-Uni sont de 1996.

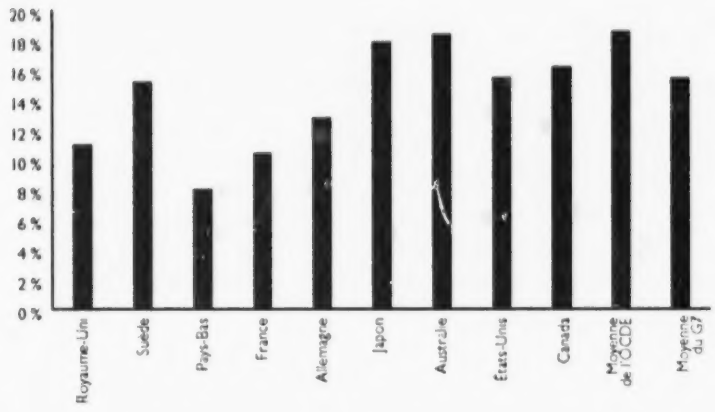
Source : OCDE 2002b; Hjortsberg et Ghatnekar 2001.

Le tableau 1.2 fait état du pourcentage des coûts des services de santé exclus des services visés par la *Loi canadienne sur la santé* qui sont assumés par des sources privées, c'est-à-dire les régimes d'assurance privés ou les dépenses personnelles. Les services dentaires, par exemple, sont financés quasi entièrement (94 %) par les régimes d'assurance privés et les frais déboursés par les particuliers au Canada, tandis qu'ils sont souvent couverts par les régimes publics dans bon nombre de pays d'Europe de l'Ouest.

Si l'on compare le Canada avec les pays du groupe de comparaison, on constate que seuls le Japon et l'Australie ont des niveaux de dépenses de santé personnelles plus élevés que le Canada, alors que le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas, l'Allemagne et la France ont des niveaux sensiblement plus bas (voir figure 1.19). C'est que les frais imposés dans ces pays sont bas et ne représentent qu'une proportion relativement faible du coût réel des services offerts. Les Canadiens, pour leur part, assument une participation aux coûts et des franchises relativement élevées pour les médicaments d'ordonnance et les services de santé exclus des services visés par la *Loi canadienne sur la santé*, et le Canada enregistre donc un pourcentage plus élevé de dépenses personnelles que d'autres pays.

Même si la participation aux coûts et les franchises sont élevées, les dépenses personnelles directes au Canada ne représentent qu'un pourcentage relativement faible de l'ensemble des coûts des services de santé et sont inférieures à celles de la moyenne des pays de l'OCDE. Le Canada, tout comme la plupart des pays à revenu élevé de l'OCDE, y compris les États-Unis, s'appuie essentiellement sur le financement par les gouvernements ou les assureurs. Dans les pays à revenu élevé, ce que l'on appelle les paiements par des tiers (paiements faits par des gouvernements ou des assureurs) représentent entre 80 et 90 % des dépenses de santé (OCDE 2002b). En revanche, dans les pays de l'OCDE à faible revenu, les dépenses personnelles directes semblent jouer un rôle plus important.

Figure 1.19
Part des dépenses personnelles dans les dépenses de santé totales, dans les pays de l'OCDE, 1998



Nota : Les dépenses personnelles pour la Suède reposent sur des données tirées du profil des systèmes de santé en transition dressé pour la Suède par l'Observatoire européen (2001). Selon l'Observatoire, les dépenses liées à l'assurance privée, en Suède, représentent environ 1 % des dépenses de santé totales. Si l'on se fonde sur les données de l'OCDE sur les dépenses de santé totales et les dépenses de santé privées, les dépenses personnelles correspondent aux dépenses de santé privées qui restent une fois soustraite la part de l'assurance privée. Ce chiffre a ensuite été divisé par les dépenses de santé totales, pour un résultat d'environ 15,2 %. 1998 est l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables. Les données du Royaume-Uni sont de 1996.

Source : OCDE 2002b; Hjortsberg et Ghatneker 2001.

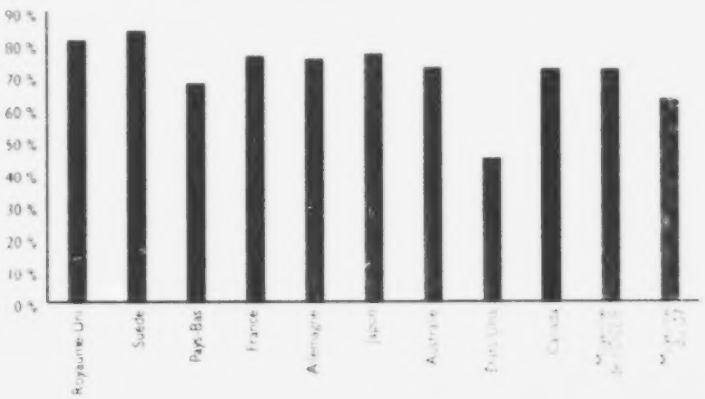
Équilibre entre financement public et financement privé des soins de santé

L'équilibre entre financement public et financement privé des soins de santé soulève certains débats au Canada. Récemment, des professionnels de la santé, des universitaires et des journalistes ont réclamé que le secteur privé joue un rôle accru dans le financement des soins de santé en invoquant que la part assumée par le secteur public au Canada était trop lourde (Gratzer 2002). Une comparaison avec d'autres pays industrialisés montre cependant que le Canada ne fait pas vraiment figure d'exception en ce qui concerne la part des dépenses totales de santé assumée par le secteur public. Au Royaume-Uni, en Suède, en Allemagne, en France, au Japon et en Australie, la part du financement du secteur public dans les soins de santé est plus élevée qu'au Canada, tandis qu'aux Pays-Bas, elle est légèrement inférieure (voir figure 1.20). Ce sont les ressemblances marquées entre les dépenses publiques de soins de saaté de ces divers pays qui doivent avant tout retenir notre attention.

Si la plupart des pays riches confient la majeure partie du financement des soins de santé au secteur public, aux États-Unis, l'assurance privée joue un rôle important dans le financement des soins de santé. L'assurance privée aux États-Unis est soutenue par des allégements fiscaux appelés subventions à caractère fiscal. Ces subventions existent dans tous les pays comparables, mais elles sont beaucoup moins importantes. Comme elles n'entrent pas, en général, dans le relevé des dépenses publiques de soins de santé, elles sont difficiles à repérer et sont donc qualifiées de dépenses cachées (Mosstalos et Dixon 2002). En fait, les subventions à caractère fiscal jouent un rôle énorme dans la couverture des soins de santé aux États-Unis. Lorsque ces allégements fiscaux sont pris en considération, la part du secteur public dans les dépenses de soins de santé aux États-Unis passe à près de 60 % des dépenses totales à ce chapitre (Woolhandler et Himmelstein 2002). De quoi remettre en question la perception courante selon laquelle les États-Unis ont un système de santé essentiellement privé.

Même si l'on exclut les subventions à caractère fiscal, les dépenses totales de santé aux États-Unis sont si élevées que les dépenses par habitant y dépassent largement celles du Canada et des autres pays de l'OCDE. On a dit de cette façon de faire qu'elle équivalait au pire des deux

Figure 1.20
Part des dépenses de santé totales assumée par le secteur public, 2000



Nota : Les données de l'Australie, l'Allemagne et la Suède sont celles de 1998.
Source : OCDE 2002b.

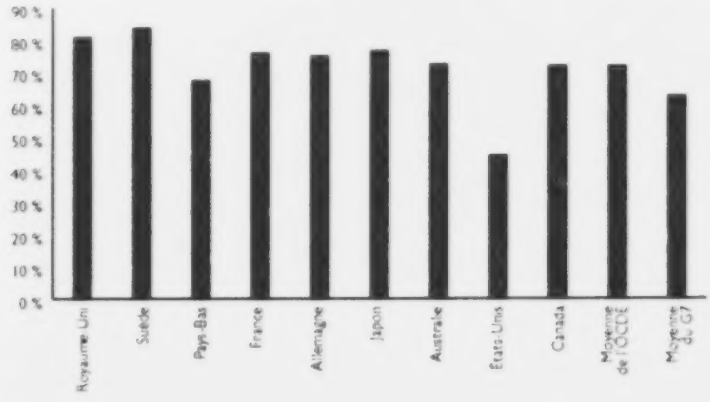
Équilibre entre financement public et financement privé des soins de santé

L'équilibre entre financement public et financement privé des soins de santé soulève certains débats au Canada. Récemment, des professionnels de la santé, des universitaires et des journalistes ont réclamé que le secteur privé joue un rôle accru dans le financement des soins de santé en invoquant que la part assumée par le secteur public au Canada était trop lourde (Gratzer 2002). Une comparaison avec d'autres pays industrialisés montre cependant que le Canada ne fait pas vraiment figure d'exception en ce qui concerne la part des dépenses totales de santé assumée par le secteur public. Au Royaume-Uni, en Suède, en Allemagne, en France, au Japon et en Australie, la part du financement du secteur public dans les soins de santé est plus élevée qu'au Canada, tandis qu'aux Pays-Bas, elle est légèrement inférieure (voir figure 1.20). Ce sont les ressemblances marquées entre les dépenses publiques de soins de santé de ces divers pays qui doivent avant tout retenir notre attention.

Si la plupart des pays riches confient la majeure partie du financement des soins de santé au secteur public, aux États-Unis, l'assurance privée joue un rôle important dans le financement des soins de santé. L'assurance privée aux États-Unis est soutenue par des allégements fiscaux appelés subventions à caractère fiscal. Ces subventions existent dans tous les pays comparables, mais elles sont beaucoup moins importantes. Comme elles n'entrent pas, en général, dans le relevé des dépenses publiques de soins de santé, elles sont difficiles à repérer et sont donc qualifiées de dépenses cachées (Mossialos et Dixon 2002). En fait, les subventions à caractère fiscal jouent un rôle énorme dans la couverture des soins de santé aux États-Unis. Lorsque ces allégements fiscaux sont pris en considération, la part du secteur public dans les dépenses de soins de santé aux États-Unis passe à près de 60 % des dépenses totales à ce chapitre (Woolhandler et Himmelstein 2002). De quoi remettre en question la perception courante selon laquelle les États-Unis ont un système de santé essentiellement privé.

Même si l'on exclut les subventions à caractère fiscal, les dépenses totales de santé aux États-Unis sont si élevées que les dépenses par habitant y dépassent largement celles du Canada et des autres pays de l'OCDE. On a dit de cette façon de faire qu'elle équivalait au pire des deux

Figure 1.20
Part des dépenses de santé totales assumée par le secteur public, 2000



Nota : Les données de l'Australie, l'Allemagne et la Suède sont celles de 1998.
Source : OCDE 2002b.

mondes, soit à payer pour de l'assurance-santé nationale en obtenant en retour un système fragmenté dont la couverture présente d'importantes lacunes. Bien que l'on estime généralement que le système de santé des États-Unis est en grande partie privé, il serait plus juste de dire que c'est un système reposant sur des fonds publics mais contrôlé par l'entreprise privée (Woolhandler et Himmelstein 2002). En fait, plus la part du secteur public dans le financement des soins de santé (mises à part les subventions sous forme de dépenses fiscales) est importante, plus les dépenses de santé totales peuvent être contrôlées. En revanche, plus le secteur privé joue un rôle important dans le financement des soins de santé, plus il est difficile de contrôler les dépenses de santé (Majnoni d'Intignano 2001).

Autres sources de financement

Ces dernières années, il a été suggéré que le Canada envisage d'autres méthodes pour assumer les coûts des soins de santé. Il se peut que les auteurs de ces propositions réagissent à la hausse des coûts, s'inquiètent de la viabilité du système et s'interrogent sur l'opportunité de modifier le mode de financement actuel afin de chercher d'autres sources de recettes. Chacune de ces propositions peut certainement nous permettre de déceler des fonds supplémentaires pour financer le système de santé. Certaines propositions auraient également un impact qui engendrerait son lot de problèmes sur l'accès et l'équité. Nous jetons ici un regard critique sur certaines des propositions les plus courantes.

Frais modérateurs et participation personnelle aux coûts

Les frais modérateurs sont assurément une question cruciale pour bon nombre de Canadiens. Plusieurs s'y opposent en soutenant que ces frais découragent les moins bien nantis de recourir aux soins de santé, tandis que d'autres y voient un outil nécessaire pour trouver des fonds supplémentaires ou pour contrer l'utilisation abusive du système de santé. Fait intéressant à noter, aux séances de dialogue avec les citoyens tenues par la Commission, les participants qui ont manifesté un intérêt envers les frais modérateurs ne les considéraient pas tant comme une source de recettes supplémentaires pour le système mais plutôt comme un moyen de contrer ce qui leur apparaissait comme une utilisation abusive et futile du système (Commission 2002a).

Un nombre écrasant de données indiquent que les effets des frais directs, comme les frais modérateurs, se font surtout sentir chez les moins nantis et les empêchent d'accéder aux soins de santé dont ils ont besoin. Les exonérations pour les personnes à faible revenu n'y changent rien. Cette procédure peut entraîner une hausse des coûts à long terme puisque les gens retardent leur traitement jusqu'à ce que leur état s'aggrave. Les frais modérateurs et la participation aux coûts entraînent aussi des coûts administratifs importants qui réduisent directement les modalités et les revenus générés (Evans 2002a; CES 2001; Barer et al. 1993,1979; Evans et al. 1993).

L'une des caractéristiques principales de la *Loi canadienne sur la santé* a été d'interdire les frais modérateurs dans le cas des services médicaux et hospitaliers. Étant donné les connaissances que nous avons sur l'impact des frais modérateurs, si modestes soient-ils, la Commission est d'avis que cette décision était la bonne à l'époque et qu'elle l'est toujours.

Comptes d'épargne médicale

Aucune autre proposition récente sur le financement du système de santé n'a suscité autant d'attention que les comptes d'épargne médicale, en partie parce qu'ils répondent à certaines des critiques entourant les frais modérateurs. Les comptes d'épargne médicale peuvent prendre différentes formes, mais il s'agit fondamentalement d'une allocation annuelle de soins de santé que les citoyens peuvent utiliser pour « acheter » des soins de santé (Gratzer 2002,1998; Mignié 2002; Ramsay 2002). S'il reste des fonds dans leur compte d'épargne médicale à la fin de l'année, ils peuvent, selon les modalités du régime, les conserver ou les mettre en banque pour d'autres années où leurs coûts de soins de santé seraient plus élevés.

Les comptes d'épargne médicale visent à donner plus de pouvoir aux patients et à faire intervenir les forces du marché dans l'organisation et la prestation des soins de santé. Ils incitent les patients à se mettre en quête des meilleurs services et des meilleurs prix et à éviter les traitements superflus, surtout s'ils peuvent conserver les surplus de leur compte à la fin de l'année. Si les coûts des soins de santé consommés au cours d'une année dépassent l'allocation annuelle, les patients devraient les assumer en tout ou en partie, selon les modalités du régime. La plupart des comptes d'épargne médicale proposés au Canada comportent une plage à l'intérieur de laquelle les patients devraient acquitter une partie des coûts des soins de santé qui dépassent leur allocation annuelle jusqu'à un certain montant, après lequel les coûts seraient assumés par la protection contre le coût catastrophique des soins financée par le gouvernement (Mazankowski 2001).

Comme il s'agit d'une approche relativement nouvelle, nous connaissons très peu les répercussions des comptes d'épargne médicale, et les données recueillies jusqu'à ce jour sont contradictoires. Les comptes d'épargne médicale ont été mis en œuvre à petite échelle aux États-Unis, ils font l'objet d'une expérience en Chine, ils représentent la moitié du marché de l'assurance privée à but lucratif en Afrique du Sud et ils sont instaurés à l'échelle nationale à Singapour. Il apparaît donc difficile de comparer ces expériences avec la situation canadienne. À l'exception de la Chine, ces pays laissent au secteur privé une part prédominante du financement et de la prestation des soins de santé. Leurs citoyens ont donc beaucoup plus l'occasion de se mettre en quête des meilleurs coûts pour les soins de santé. L'expérience de Singapour démontre que les hôpitaux tendent à ne pas se livrer au jeu de la concurrence des prix pour les services nécessaires mais qu'ils n'hésitent pas à encourager les patients à acheter des services auxiliaires coûteux, dont certains sont d'une valeur incertaine.

Les données restreintes dont nous disposons montrent que les comptes d'épargne médicale présentent un certain nombre de lacunes qui ont été minimisées ou balayées par leurs partisans (Maynard et Dixon 2002; Shortt 2002; Hurley 2002; 2000; Barr 2001). Entre autre, on note que les comptes d'épargne médicale présupposent que le recours aux services de soins de santé est discrétionnaire, ce qui n'est presque jamais le cas.

Il y a peu de chances que les comptes d'épargne médicale permettent de contrôler efficacement les dépenses globales de soins de santé (Forget et al. 2002). La plupart des coûts sont imputables à un faible pourcentage de personnes qui ont de très grands besoins en matière de soins de santé et qui continueront à dépenser énormément, peu importe qu'ils aient un compte d'épargne médicale ou non. Dans certains régimes, les coûts pourraient en fait augmenter parce que l'État devrait non seulement verser l'allocation initiale, mais payer aussi l'assurance contre l'impact catastrophique des coûts très élevés des soins. Si les citoyens étaient autorisés à conserver les sommes restantes dans leur compte d'épargne médicale à la fin de l'année, le système de santé les perdrait et il devrait trouver d'autres moyens de les récupérer.

Les comptes d'épargne médicale peuvent compromettre l'équité en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Si les gens étaient tenus de payer de leur poche après avoir épuisé entièrement leur allocation pour le compte d'épargne médicale, les moins favorisés ou ceux qui ont des besoins élevés en soins de santé en raison d'affections chroniques ou potentiellement mortelles pourraient être pénalisés. C'est précisément pour cette raison que l'assurance-santé a été créée : on voulait éviter de vivre dans un monde où les gens riches peuvent obtenir tous les soins de santé nécessaires et les pauvres, non.

Participation aux coûts à incidence fiscale, crédits d'impôt et franchises

Il a été proposé, dans des articles récents, que l'on ait recours au régime fiscal pour accroître les paiements privés à l'intérieur du système de santé (Aba et al. 2002; Aba et Mintz 2002; Reuber et Poschmann 2002). Le moyen le plus simple d'y arriver serait d'inclure les soins publics de santé

dans les avantages imposables figurant sur la déclaration annuelle de revenus des particuliers (Kent 2000). Ces derniers recevraient un formulaire du genre T4-H indiquant le coût des services de santé reçus au cours d'une année. La somme serait ajoutée à leur revenu imposable, et ils devraient payer des impôts supplémentaires pour couvrir une partie des coûts des services de santé reçus.

Si l'on regarde ses avantages, cette approche permettrait d'obtenir des revenus supplémentaires, de tenir les gens au courant des coûts des services reçus et de fonder tous les impôts supplémentaires sur leur capacité de payer. Du côté des inconvénients, elle pourrait acculer à la faillite les personnes atteintes d'affections chroniques ou de maladies ou de blessures entraînant des coûts catastrophiques. Pour éviter cet écueil, le régime pourrait fixer un plafond pour la participation aux coûts ou les impôts supplémentaires en fonction du revenu de la personne et exonérer les personnes à très faible revenu (Aba et Mintz 2002).

Cette approche, même assortie des conditions susmentionnées, soulève des inquiétudes. Elle fait en sorte, fondamentalement, que les personnes malades ou blessées soient plus imposées et paient plus pour les soins de santé. Cette situation va à l'encontre du principe de base du système de santé canadien selon lequel l'accès doit reposer uniquement sur le besoin et non sur la capacité de payer. Tout comme les comptes d'épargne médicale ou les frais modérateurs, elle peut amener les gens à se priver des soins de santé dont ils ont besoin, ce qui s'est vu dans certains systèmes européens (CES 2001). On peut également se demander si les personnes à revenu moyen et à revenu élevé, qui assument actuellement la majeure partie des coûts d'un système de santé universel, ne vont pas rechigner à l'idée de payer encore plus au moment de leur déclaration d'impôts, en fonction de leur utilisation du système de santé.

Partenariats entre secteur public et secteur privé

Diverses options comme les frais modérateurs, les avantages imposables ou les comptes d'épargne médicale visent à augmenter la part du secteur privé dans les services de santé, mais on envisage aussi d'autres approches comme les partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour soutenir des projets d'immobilisations. Ces partenariats comprennent des contrats d'impartition à long terme, des co-entreprises, des partenariats stratégiques ou des modèles de financement privés. Au Royaume-Uni, des entreprises privées se voient confier des contrats à long terme pour concevoir, construire, financer et faire fonctionner des hôpitaux en vertu d'initiatives de financement privées.

Les partenariats entre les secteurs public et privé offrent certainement un bon moyen de tirer parti des innovations du secteur privé, mais ils ne sont pas à l'abri des critiques. Bien souvent, les gouvernements les voient d'un bon œil parce que les entreprises privées assument les coûts d'immobilisation élevés d'un projet et ne leur demandent que des frais de location à long terme. Malheureusement, si ces partenariats coûtent moins cher aux gouvernements et aux contribuables à court terme, ils s'avèrent souvent plus onéreux à long terme (Sussex 2001). Les frais de location imposés aux gouvernements doivent être assez élevés pour permettre aux partenaires du secteur privé de recouvrer leurs frais et de réaliser des profits pour leurs actionnaires. Le secteur privé doit souvent assumer un coût d'emprunt plus élevé que les gouvernements, et les partenariats entre le secteur public et le secteur privé ont souvent des frais d'administration plus élevés. Les critiques font également valoir que la qualité des établissements privés à but lucratif est parfois inférieure à celle des établissements publics et que ces ententes ont parfois donné lieu à des fermetures de lits et à des réductions de personnel (Pollack et al. 2001). Cela ne veut pas jusqu'à dire que les partenariats entre le secteur public et le secteur privé n'ont pas un rôle à jouer, comme par exemple dans le cas des systèmes d'information sur la santé, mais ils sont loin d'être une panacée et leur utilité doit être évaluée avec prudence.

Le Canada devrait-il envisager d'autres méthodes de financement?

Chacune des solutions de rechange présentées ci-dessus permettrait de trouver d'autres sources de financement pour le système de santé ou de libérer des fonds que les gouvernements pourraient affecter à d'autres priorités, notamment la réduction des impôts ou le remboursement de la dette. Bon nombre de ces solutions compromettent cependant les principes et les valeurs sur lesquelles le système de santé canadien a été édifié. Certaines feraient simplement passer le fardeau des dépenses de santé du trésor public aux particuliers et auraient pour résultat de miner l'équité observée actuellement dans le financement et l'accessibilité des soins de santé.

Tout au long des consultations de la Commission, les Canadiens se sont dits prêts à acquitter plus de taxes pour soutenir le système de santé, mais à la condition qu'il soit amélioré. Certains ont donc proposé la création d'une taxe particulière pour les soins de santé, qui pourrait prendre diverses formes. À une extrémité du spectre, on retrouve ce que les experts en finances publiques appellent une taxe spéciale (en anglais, on parle de « hypothecated tax »), c'est-à-dire une taxe réservée à un seul usage et placée officiellement à l'écart de toutes les autres sources de recettes dans un fonds spécial semblable à celui du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec. À l'autre extrémité du spectre, on retrouve une taxe ou une prime spécifique, en principe prélevée pour la santé, mais dont le produit s'ajoute toutefois aux recettes générales des gouvernements (en anglais, on parle de « notionally earmarked tax »). Les deux approches — taxe spéciale et taxe spécifique - pourraient répondre aux aspirations de la population à une certaine transparence et à une responsabilisation, mais elles sont moins que parfaites à d'autres égards.

Pour ce qui est de la taxe spéciale, les fonds perçus ne pourraient être utilisés que dans le domaine des soins de la santé, quelle que soit l'évolution des besoins. Cette restriction pourrait sembler acceptable en situation normale, mais si un gouvernement devait soudainement affecter les ressources prévues pour les soins de santé à un secteur devenu prioritaire en raison d'une crise, il ne pourrait le faire. Les pensions représentent, contrairement aux soins de santé, une part relativement mince des dépenses gouvernementales, de sorte qu'une taxe spéciale dans leur cas n'a pas autant d'impact.

Compte tenu de la taille du système de santé, il serait quasi impossible d'assurer le financement des soins de santé à l'aide d'une seule taxe spéciale ou spécifique comme on l'a suggéré récemment le Comité du Sénat (2002c). Effectivement, certaines des provinces qui avaient instauré une taxe de vente dont le produit était réservé, en principe, au financement de la santé et de l'éducation, ont abandonné cette pratique depuis. De là à dire qu'on ne peut pas recourir aux taxes réservées pour financer une partie des soins de santé, il y a un pas qu'il ne faut pas franchir. Au cours du dialogue avec les Canadiens, bon nombre d'entre eux se sont dits très favorables à l'instauration d'une taxe spéciale qui garantirait, selon eux, que les taxes supplémentaires payées par la population seraient affectées aux soins de santé plutôt qu'à d'autres programmes et services. Cette disposition favoriserait également la transparence et l'imputabilité en ce qui concerne les fonds supplémentaires puisés chez les contribuables. Dans de telles circonstances, il serait opportun pour les gouvernements de considérer cette option.

Les données recueillies à la fois au Canada et à l'échelle internationale révèlent que la taxation progressive demeure le meilleur outil de financement des soins de santé au Canada. La grande majorité des Canadiens entendus par la Commission au cours de son dialogue avec les citoyens et d'autres consultations ne veulent pas que l'on touche au principe de l'assurance à payeur unique en ce qui concerne les services de base fournis par les hôpitaux et les médecins. Les Canadiens s'entendent largement pour dire que la « capacité de payer » ne devrait pas être le facteur prédominant du financement de certains volets clés de notre système de santé. Les Canadiens veulent que les services hospitaliers et les services des médecins soient entièrement financés à

même nos impôts, peut-être parce que notre système de santé universel, financé par les impôts, assure une sorte de « double solidarité ». Il assure l'équité entre riches et pauvres à l'égard du financement, et il assure l'équité entre bien portants et malades.

Viabilité future

À de nombreux égards, la question essentielle n'est pas tant de savoir si le système de santé au Canada est viable financièrement aujourd'hui, mais plutôt de savoir s'il le sera dans l'avenir, compte tenu des tendances actuelles et des coûts. Il peut sembler facile d'établir des prévisions quant aux coûts et à la viabilité financière futurs du système de santé, mais il ne s'agit pas d'un simple calcul mathématique. Les prévisions quant aux recettes publiques doivent tenir compte de la croissance économique potentielle combinée aux paiements au titre des intérêts de la dette ou aux engagements financiers à long terme découlant de décisions antérieures. Les prévisions dépendent de la manière dont divers facteurs de coûts sont évalués, notamment les attentes et les besoins courants de la clientèle desservie par des programmes particuliers. Les prévisions doivent également tenir compte des demandes concurrentielles de financement au titre d'autres programmes ou des réductions d'impôt. Dans un grand nombre de cas, il est très difficile de tenir compte des évaluations politiques et des jugements de valeurs quant aux secteurs à privilégier pour l'octroi de fonds dans les prévisions relatives aux dépenses futures.

Cela dit, il est important d'examiner la question de la viabilité financière future en comparant les dépenses du Canada au chapitre des soins de santé et celles d'autres pays, de même que les tendances au Canada, pour ce qui est du financement tant provincial-territorial que fédéral. Il est également important d'examiner le rôle du secteur des soins de santé dans l'économie du Canada, non seulement comme facteur d'accroissement des dépenses sociales, mais également comme facteur contribuant à la croissance économique.

Comparaisons avec d'autres pays

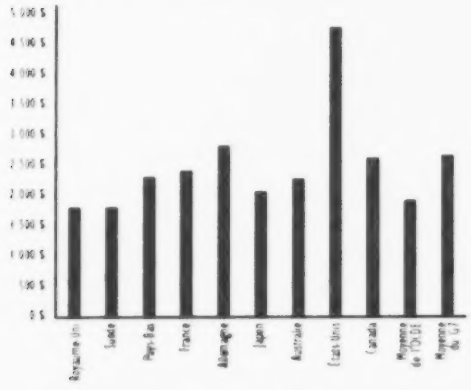
Par rapport à 1970, les coûts totaux et les coûts publics de santé ont augmenté au Canada en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Lors de la mise en place de l'assurance-santé, le Canada consacrait environ 7 % de son PIB aux dépenses totales de santé. Trente ans plus tard, la part du PIB réservée aux dépenses de santé est de 9,1 %. Du côté du secteur public, le Canada consacrait approximativement 5% de son PIB aux dépenses de santé en 1970, et en 2000, ce pourcentage avait grimpé à 6,5% (voir Annexe E).

La comparaison des données actuelles avec celles des pays de l'OCDE et des pays du G7 indique que les dépenses de santé du Canada par habitant et en pourcentage du PIB sont légèrement supérieures à la moyenne enregistrée dans les pays de l'OCDE, mais comparables à la moyenne pour les pays du G7 (voir figures I.21 à I.24).

Si l'on compare les données avec celles des États-Unis (voir figure I.25 et I.26), les dépenses de santé du Canada étaient très semblables jusqu'au début des années 1970, où l'addition des services fournis par les médecins aux régimes provinciaux d'assurance à payeur unique a brisé la tendance. Depuis, la tendance à long terme des dépenses de santé au Canada s'apparente davantage à celle des pays européens, tandis que la tendance aux États-Unis a continué de s'écarter de la moyenne des pays de l'OCDE.

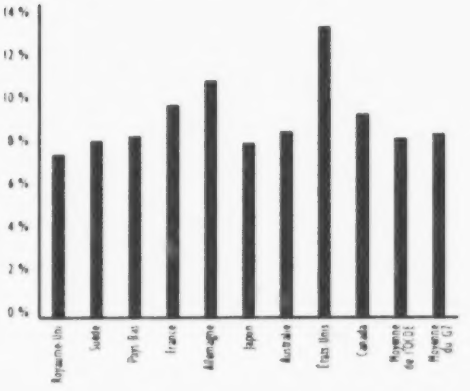
La proximité des États-Unis est à la fois un avantage et un inconvénient. La facilité d'accès des scientifiques, chercheurs, patients et dispensateurs de soins canadiens aux innovations scientifiques et médicales américaines, aux instituts de recherche et aux établissements de santé de très haut niveau (comme la clinique Mayo) suscite des attentes quant à ce qu'on peut faire au

Figure 1.21
Dépenses de santé totales par habitant (parité du pouvoir d'achat en US$)



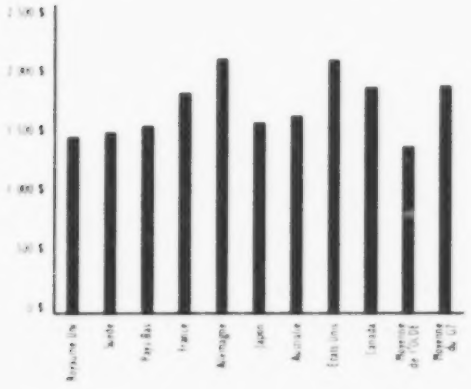
Source : OCDE 2002b

Figure 1.22
Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2000



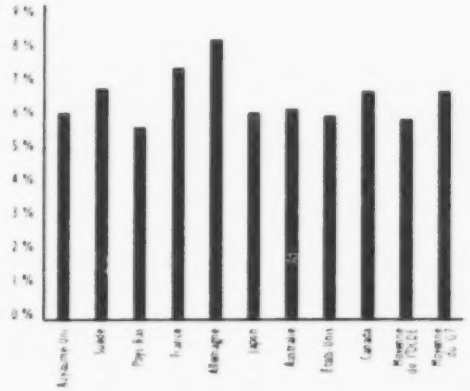
Source : OCDE 2002b

Figure 1.23
Dépenses de santé publique par habitant (parité du pouvoir d'achat en US$), 2000



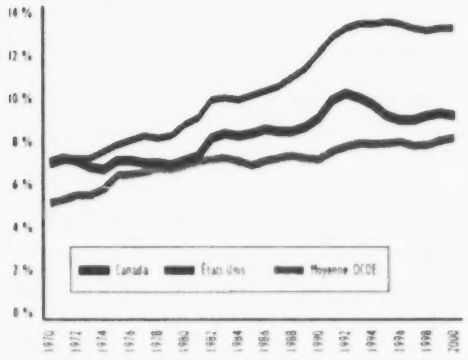
Source : OCDE 2002b

Figure 1.24
Dépenses de santé publique en pourcentage du PIB, 2000



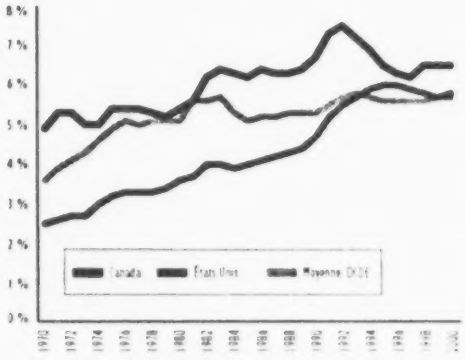
Source : OCDE 2002b

Figure 1.25
Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, Canada, États-Unis et pays de l'OCDE, 1970 à 2000



Source : OCDE 2002b.

Figure 1.26
Dépenses publiques en pourcentage du PIB, Canada, États-Unis et pays de l'OCDE, 1970 à 2000



Source: OECD 2002b.

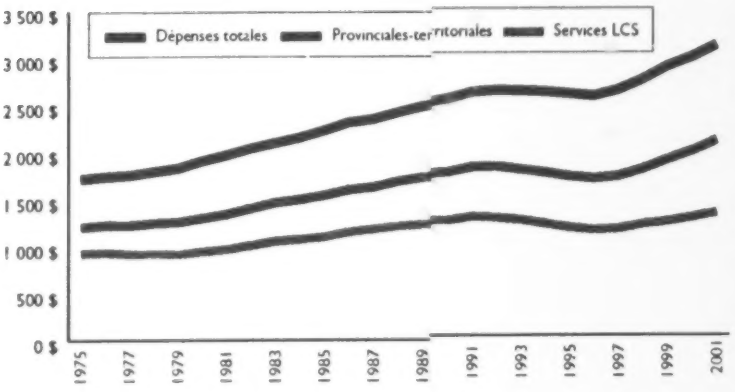
Canada. Bien que tous les pays de l'OCDE voient leurs dépenses de santé augmenter, les pressions exercées sur le Canada seront toujours plus grandes en raison de sa proximité des États-Unis et de ses relations avec ce pays.

Tendances des dépenses de santé au Canada

Comme dans tous les autres pays de l'OCDE, les dépenses du Canada en matière de santé augmentent. Mais pour s'attaquer à la question de la viabilité, il est important de ventiler les diverses composantes du système de santé pour déceler les coûts qui augmentent le plus. Les coûts des services hospitaliers et des services médicaux ont augmenté à un taux beaucoup moins élevé que ceux des autres services et programmes de soins assurés par les provinces et les territoires (voir figures 1.27 et 1.28). Les dépenses par habitant tant des particuliers que des gouvernements provinciaux pour les services non visés par la *Loi canadienne sur la santé* se sont considérablement accrues au cours des dernières années, tandis que les dépenses par habitant afférentes aux services hospitaliers et aux services médicaux ne sont pas plus élevées actuellement qu'elles ne l'étaient en 1991, lorsqu'elles ont atteint une somme de 1265 dollars par personne. À l'échelle nationale, les services hospitaliers et les services médicaux représentent aujourd'hui 63 % des dépenses provinciales-territoriales de santé alors que ce pourcentage était de 77 % en 1975 (voir figures 1.29 et 1.30). L'augmentation globale des dépenses provinciales de santé par habitant — lesquelles ont augmenté de 15,6 % entre 1991 et 2001 — s'explique donc par le fait que les coûts des services non visés par la *Loi canadienne sur la santé* augmentent plus vite que les coûts des services visés par cette loi (CIHI 2002f) et illustre l'évolution dans l'utilisation des services de santé.

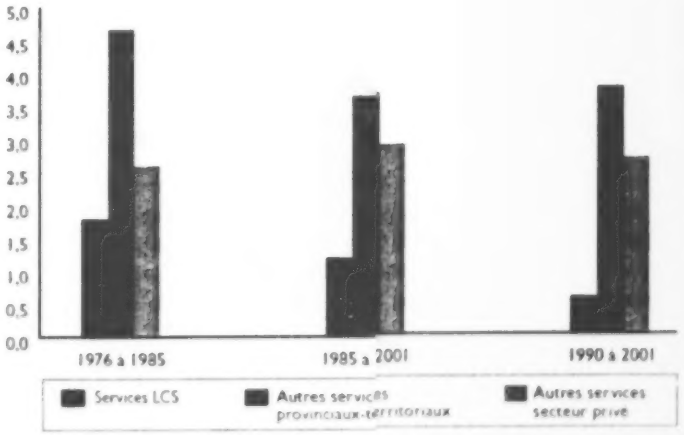
Les médicaments d'ordonnance sont le secteur qui illustre le mieux l'évolution des divers éléments des dépenses dans le budget de la santé. En 1975, les coûts liés aux médicaments d'ordonnance représentaient environ 6 % des dépenses de santé et cette proportion est restée relativement inchangée jusqu'au milieu des années 1980, où elle a commencé à augmenter à un rythme régulier, atteignant 12 % en 2001 (ICIS 2002f). L'escalade rapide des coûts liés aux

Figure 1.27
Dépenses de santé totales, dépenses provinciales-territoriales et dépenses au titre des services prévus dans la LCS, par habitant (en dollars constants de 1997), 1975 à 2001



Nota : Les données de 2000 et 2001 sont des prévisions de l'ICIS.
Source: ICIS 2001e.

Figure 1.28
Taux de changement annuel moyen dans les dépenses provinciales-territoriales par habitant au titre des services prévus dans la LCS et des autres services de 1976 à 2001 (en dollars constants de 1997)



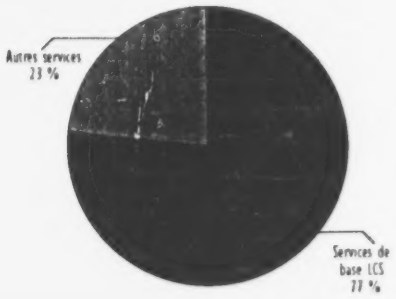
Nota : Les données pour 2000 et 2001 sont des projections de l'ICIS.
Source : ICIS 2001e.

médicaments a ajouté plus de la moitié d'un point de pourcentage à la part du revenu national du Canada (PIB) consacrée aux dépenses de santé.

Les autres composantes des dépenses provinciales et territoriales de santé ont également enregistré des hausses importantes depuis 1975, notamment les dépenses publiques portant sur :

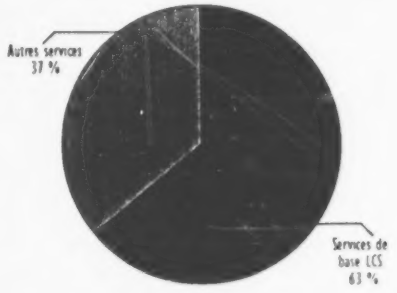
- les services de soins à domicile, qui sont passées de 26 millions de dollars en 1975 à environ 2,7 milliards de dollars en 2001 (CIHI 2002d; HC 2002d);
- les autres établissements comme les maisons de soins infirmiers, qui sont passées de 800 millions de dollars en 1975 à 6,8 milliards de dollars en 2001 (CIHI 2002f); et

Figure 1.29
Répartition des dépenses provinciales-territoriales entre les services prévus dans la LCS et les services autres que les services assurés, 1975



Source : ICIS 2001e.

Figure 1.30
Répartition des dépenses provinciales-territoriales entre les services prévus dans la LCS et les services autres que les services assurés, 2001 (prévisions)



Source : OCDEb.

- les services des professionnels de la santé autres que les médecins, qui sont passées de 120 millions de dollars en 1975 à 800 millions de dollars en 2001.

Cependant, il ne faut pas en conclure qu'il suffirait de s'attaquer à l'augmentation des coûts dans de grands secteurs tels que les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile pour freiner l'escalade des coûts liés à la santé. Le recours accru aux médicaments d'ordonnance et aux soins à domicile a réduit le recours aux soins hospitaliers coûteux et il s'inscrit dans les nouvelles approches de prestation des soins de santé. Il faut examiner ces nouvelles approches et les liens entre les diverses composantes du système de santé dans le cadre de toute analyse de coûts futurs du système.

Parts fédérale et provinciale-territoriale des dépenses de santé

Comme nous l'avons indiqué précédemment dans ce chapitre, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent la responsabilité du financement des soins de santé. Ce partenariat a changé au fil du temps, tout comme les critères utilisés pour déterminer la contribution appropriée de chaque palier de gouvernement. Depuis au moins une dizaine d'années, la détermination de la juste part des deux paliers de gouvernement a suscité beaucoup d'acrimonie et de discussions. Les provinces accusent le gouvernement fédéral de ne plus assumer sa part historique des coûts croissants des soins de santé, tandis que le gouvernement fédéral réplique en alléguant que les provinces et les territoires ont choisi de privilégier les réductions d'impôt au détriment des soins de santé.

Depuis les débuts de l'assurance-santé, le gouvernement fédéral a fourni du financement aux provinces au titre des soins de santé par le biais de trois régimes principaux. Le premier programme fédéral de transfert en matière de santé a été mis en œuvre en 1957 avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. La formule utilisée pour déterminer le financement fédéral reposait sur un partage des coûts par habitant liés aux services hospitaliers dans les provinces (la moitié des coûts étant basée sur les coûts individuels, et l'autre sur la moyenne nationale). Une entente similaire de partage des coûts a été introduite mais calculée

seulement à base de la part de la moyenne nationale par habitant) en 1996 avec l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* qui étendait les contributions fédérales aux services fournis par les médecins dans les provinces. Ces ententes de financement reposaient sur un partage égal des coûts liés aux services médicaux et hospitaliers provinciaux admissibles, et non pas toutes les dépenses provinciales en santé. La part fédérale pour la dernière année de cette entente de partage des coûts pour tous les services fournis par les hôpitaux et les médecins atteignait presque 47 %, ce qui représente très vraisemblablement près de 50 % des services admissibles.

Ces premières lois assuraient expressément le financement des services fournis par les hôpitaux et les médecins nécessaires pour mettre en place le régime d'assurance-santé. Selon la formule originale, cependant, les coûts financiers de cette assurance posaient des problèmes majeurs aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'une des préoccupations principales du gouvernement fédéral était le fait que les décisions quant aux dépenses étaient prises par les provinces et que le gouvernement fédéral ne pouvait contrôler le niveau des transferts aux provinces aux termes des ententes à frais partagés.

Quant aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ils voulaient exercer une plus grande autonomie quant à l'utilisation des fonds fédéraux. Le financement était réservé aux services fournis par les hôpitaux et les médecins, alors que les systèmes de santé provinciaux assuraient des services qui allaient au-delà du cadre restreint de ces services, et les services de santé inadmissibles aux fins du financement fédéral dans le cadre des premières ententes de partage des coûts représentaient une part de plus en plus grande des dépenses de santé provinciales et territoriales.

Pour régler ces problèmes, on a négocié et remplacé ces ententes par un nouveau dispositif de transfert global pour le financement des services de santé et de l'enseignement postsecondaire en 1977. Avec ce deuxième programme de transfert, appelé Financement des programmes établis (FPE), le lien entre les dépenses réellement faites par les provinces et les territoires au titre des services fournis par les hôpitaux et les médecins et le niveau des transferts fédéraux en matière de santé a été rompu. Depuis lors, les augmentations du financement fédéral reposent sur une formule où les transferts augmentent en fonction de la croissance économique (mesurée d'après le produit intérieur brut par habitant) plutôt que des dépenses provinciales et territoriales réelles au titre des services fournis par les hôpitaux et les médecins. L'importance de ce changement réside dans le fait qu'avec le FPE, les dépenses de santé provinciales excédant le taux de croissance économique et de changement démographique étaient assumées exclusivement par les gouvernements provinciaux. Le gouvernement fédéral obtenait ainsi ce qu'il avait toujours recherché, à savoir la capacité de prévoir la croissance de ses propres dépenses. Par ailleurs, le FPE conférait également une plus grande latitude aux provinces, étant donné que les fonds fédéraux n'étaient plus destinés exclusivement au financement des services fournis par les hôpitaux et les médecins. De plus, selon les nouvelles ententes, la façon de verser les transferts fut changée. Pendant la première année de l'entente, les provinces recevraient un transfert en espèces égal à la moitié des transferts, et le reste serait versé sous forme de points d'impôt : le gouvernement fédéral a réduit le pourcentage des impôts des particuliers et des entreprises qui lui étaient destinés pour permettre aux provinces d'augmenter leurs impôts. Après 1977, le transfert en espèces augmenterait selon une formule de péréquation, pendant que les point d'impôts augmenteraient en fonction de la croissance économique provinciale qui se traduirait par une augmentation de revenu perçu par les impôts. Étant donné qu'un point d'impôt génère moins de recettes dans les provinces à faible revenu que dans les provinces à revenu élevé, la valeur des points d'impôt devait être assujettie à une formule de péréquation fondée sur la moyenne nationale.

Ces ententes répondaient aux besoins à court terme des deux paliers de gouvernement, mais la nouvelle formule a eu des conséquences majeures et imprévues. Certaines provinces ont profité de l'occasion pour permettre aux médecins et aux hôpitaux de surfacturer ou d'imposer des frais

Tableau 1.3
Réductions des transferts fédéraux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (en milliers de $)

	de 1984-1985 à 1989-1990	de 1990-1991 à 1994-1995	de 1995-1996 à 2000-2001
Surfacturation	135 589 $	1 982 $	43 $
Frais modérateurs	111 143 $	0 $	6 283 $
Total	246 732 $	1 982 $	6 326 $

Nota : Le tableau ci-dessus comprend seulement les déductions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. De 1984-1985 à aujourd'hui, 247 des 255 millions de dollars déduits ont été remboursés aux provinces lorsqu'elles se sont conformées aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.
Source : Santé Canada 2001a.

modérateurs aux patients pour compenser l'augmentation des coûts des soins de santé et des honoraires des médecins. Il s'est ensuivi qu'une plus grande partie de l'augmentation des coûts a été assumée par ceux qui avaient le plus besoin des services de santé — les pauvres et les malades. Le juge Emmett Hall (1980) a subséquemment mené une étude sur les services de santé au Canada et fait rapport à Monique Bégin, alors ministre fédérale de la Santé. En 1984, à la suite de cette étude, M^me^ Bégin a piloté la création de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi énumérait les cinq principes que nous connaissons aujourd'hui, de même qu'elle conférait au gouvernement fédéral le pouvoir de retenir une partie des transferts en espèces dans le cas des provinces qui permettaient la surfacturation ou les frais modérateurs.

Comme l'indique le tableau 1.3, la *Loi canadienne sur la santé* a été, pendant les années qui ont suivi son adoption, un moyen efficace à la disposition du gouvernement fédéral pour dissuader les médecins de recourir à la surfacturation ou aux frais modérateurs. En réduisant les transferts aux provinces autorisant la surfacturation et en leur remettant ensuite les fonds retenus suite à leur abolition de tels frais, le gouvernement fédéral a réussi à supprimer ces pratiques. Toutefois, le gouvernement fédéral a fait preuve d'une certaine réticence pour ce qui est de l'imposition de sanctions concernant les autres pratiques provinciales qui, tout en ne mettant pas en cause la surfacturation ou les frais modérateurs, étaient néanmoins susceptibles d'être interprétées comme incompatibles avec les cinq principes de la loi. *La Loi canadienne sur la santé* a donc été une très grande réussite si on se place dans la perspective étroite du comportement des provinces, puisqu'elle a permis de supprimer les frais modérateurs et la surfacturation. En revanche, si on se place dans la perspective plus générale de la protection des principes de l'assurance-santé, sa réussite est moins grande.

Une autre conséquence du FPE est devenue évidente en 1982, année où le gouvernement fédéral a changé unilatéralement la formule utilisée pour sa contribution. La valeur totale du transfert FPE était maintenant calculée pour chaque province en fonction du montant octroyé par habitant pour l'année de référence, avec une formule de péréquation selon le PIB nominal et la croissance de la population. Les paiements en espèces correspondaient à la différence entre la valeur des points d'impôt et la valeur totale des transferts pour une année donnée. De plus, le gouvernement fédéral a réduit unilatéralement la valeur associée à la formule d'indexation dont la première fois en 1986, puis en 1989. En 1991, les versements au titre du FPE ont été gelés à leurs niveaux de 1989-1990. Parallèlement, la proportion des droits totaux que la valeur des points d'impôt représentait a continué d'augmenter par rapport à la valeur des paiements en espèces.

Tableau 1.3
Réductions des transferts fédéraux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (en milliers de $)

	de 1984-1985 à 1989-1990	de 1990-1991 à 1994-1995	de 1995-1996 à 2000-2001
Surfacturation	135 589 $	1 982 $	43 $
Frais modérateurs	111 143 $	0 $	6 283 $
Total	246 732 $	1 982 $	6 326 $

Nota : Le tableau ci-dessus comprend seulement les déductions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. De 1984-1985 à aujourd'hui, 247 des 255 millions de dollars déduits ont été remboursés aux provinces lorsqu'elles se sont conformées aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.
Source : Santé Canada 2001a.

modérateurs aux patients pour compenser l'augmentation des coûts des soins de santé et des honoraires des médecins. Il s'est ensuivi qu'une plus grande partie de l'augmentation des coûts a été assumée par ceux qui avaient le plus besoin des services de santé — les pauvres et les malades. Le juge Emmett Hall (1980) a subséquemment mené une étude sur les services de santé au Canada et fait rapport à Monique Bégin, alors ministre fédérale de la Santé. En 1984, à la suite de cette étude, M^me^ Bégin a piloté la création de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi énumérait les cinq principes que nous connaissons aujourd'hui, de même qu'elle conférait au gouvernement fédéral le pouvoir de retenir une partie des transferts en espèces dans le cas des provinces qui permettaient la surfacturation ou les frais modérateurs.

Comme l'indique le tableau 1.3, la *Loi canadienne sur la santé* a été, pendant les années qui ont suivi son adoption, un moyen efficace à la disposition du gouvernement fédéral pour dissuader les médecins de recourir à la surfacturation ou aux frais modérateurs. En réduisant les transferts aux provinces autorisant la surfacturation et en leur remettant ensuite les fonds retenus suite à leur abolition de tels frais, le gouvernement fédéral a réussi à supprimer ces pratiques. Toutefois, le gouvernement fédéral a fait preuve d'une certaine réticence pour ce qui est de l'imposition de sanctions concernant les autres pratiques provinciales qui, tout en ne mettant pas en cause la surfacturation ou les frais modérateurs, étaient néanmoins susceptibles d'être interprétées comme incompatibles avec les cinq principes de la loi. *La Loi canadienne sur la santé* a donc été une très grande réussite si on se place dans la perspective étroite du comportement des provinces, puisqu'elle a permis de supprimer les frais modérateurs et la surfacturation En revanche, si on se place dans la perspective plus générale de la protection des principes de l'assurance-santé, sa réussite est moins grande.

Une autre conséquence du FPE est devenue évidente en 1982, année où le gouvernement fédéral a changé unilatéralement la formule utilisée pour sa contribution. La valeur totale du transfert FPE était maintenant calculée pour chaque province en fonction du montant octroyé par habitant pour l'année de référence, avec une formule de péréquation selon le PIB nominal et la croissance de la population. Les paiements en espèces correspondaient à la différence entre la valeur des points d'impôt et la valeur totale des transferts pour une année donnée. De plus, le gouvernement fédéral a réduit unilatéralement la valeur associée à la formule d'indexation dont la première fois en 1986, puis en 1989. En 1991, les versements au titre du FPE ont été gelés à leurs niveaux de 1989-1990. Parallèlement, la proportion des droits totaux que la valeur des points d'impôt représentait a continué d'augmenter par rapport à la valeur des paiements en espèces.

Selon une des estimations, les transferts fédéraux en espèces pour la santé sont appelés à disparaître, pour toutes les provinces, d'ici 2010 (Smith 1995). Par leur nature même, les transferts sous forme de points d'impôt ne sont essentiellement assujettis à aucune condition, étant donné qu'il n'existe aucun mécanisme permettant au gouvernement fédéral de retenir les transferts dans l'éventualité où une province ou un territoire ne respecte pas les conditions rattachées au financement fédéral.

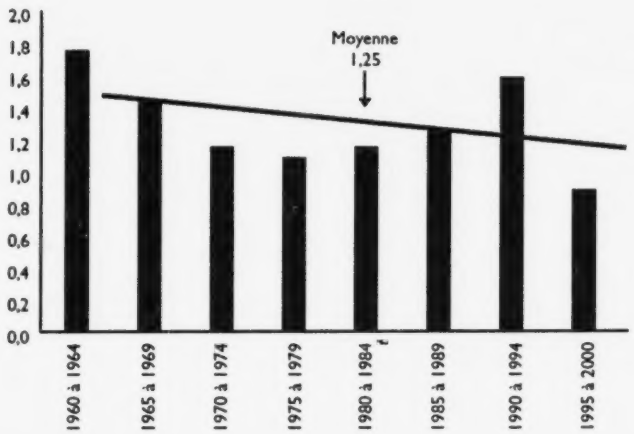
En 1995, le troisième régime de transfert fédéral, appelé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), a été adopté. Le TCSPS suscite la controverse depuis son adoption. Outre les soins de santé et l'enseignement postsecondaire, qui faisaient partie du FPE, l'aide sociale et les services sociaux sont venus s'ajouter au nouveau TCSPS global. Comme dans le cas de son prédécesseur, le FPE, seule une partie du TCSPS est destinée aux soins de santé, et elle est déterminée selon une combinaison de paiements en espèces et de points d'impôt. Compte tenu de l'intégration du financement de trois grands programmes sociaux en un seul et même transfert global, sans compter les difficultés liées aux portions espèces et points d'impôt du régime, même une personne informée aurait tout le mal du monde à déterminer la valeur de la contribution fédérale aux soins de santé.

Dans le passé, il y avait une corrélation forte et directe entre la croissance des dépenses de santé et la croissance économique globale, les coûts des services de santé augmentant à un rythme un peu plus rapide que la richesse de la nation. Les deux premières ententes de partage des coûts tenaient compte de cet élément. La contribution fédérale augmentait au fur et à mesure de l'augmentation des dépenses de santé provinciales et territoriales. Cependant, ces premières ententes de partage des coûts comportaient une lacune : il n'y avait pas d'incitatif visant à contenir les coûts, puisque la valeur des transferts fédéraux était fonction des dépenses de santé provinciales et territoriales et leur croissance n'était assujettie à aucune limite. Dans le cadre du FPE, la valeur des transferts fédéraux était restreinte à la croissance du PIB, de sorte que la corrélation entre la croissance économique et les dépenses en matière de services de santé est devenue encore plus directe. L'indexation prévue dans le cadre du FPE visait à limiter la croissance des dépenses de santé à un niveau comparable à la croissance économique.

La figure 1.31 illustre le lien historique entre les taux de croissance des dépenses de santé par habitant et les taux de croissance économique. Depuis les années 1960, la croissance des dépenses de santé a toujours été supérieure à la croissance économique. Le rapport très élevé entre la croissance des dépenses de santé et la croissance économique enregistrée dans les années 1960 correspond à la situation des débuts de l'assurance-santé, époque où le système était en voie d'élaboration; cependant, le rapport a diminué au fil du temps, au fur et à mesure de la maturation du système. Le rapport pour toute la période en question s'élève à environ 1,25 en moyenne, ce qui signifie que pour chaque augmentation du PIB de 10 %, les dépenses en matière de services de santé ont augmenté de 12,5 %. Ces chiffres indiquent que même la formule d'indexation prévue dans le FPE, où les dépenses étaient directement liées à la croissance économique, ne convenait pas à la croissance des coûts des soins de santé. Les réductions fédérales unilatérales de l'indexation et, enfin, la prolongation du gel des paiements de transferts au titre du FPE ont exacerbé le problème.

Dans le cadre du TCSPS, aucun mécanisme n'est prévu pour tenir compte de l'augmentation normale des dépenses de santé aux fins du calcul des transferts fédéraux. Les hausses des transferts du TCSPS dépendent du bon vouloir du gouvernement fédéral. Depuis la création du programme, il y a eu deux hausses des transferts, la première en 1999 et la deuxième en septembre 2000. L'absence d'une formule d'indexation visant à augmenter les contributions fédérales pour tenir compte de l'augmentation des dépenses de santé provinciales et territoriales signifie qu'aucun lien n'est établi non plus avec les dépenses de santé ou la croissance économique. Il en résulte que les

Figure 1.31
Rapport entre le taux de croissance annuel des dépenses de santé par habitant et le taux de croissance annuel du PIB au Canada, 1960 à 1964 à 1995 à 2000



Nota : La valeur moyenne de l'élasticité indiquée dans la figure n'est basée que sur les calculs pour la période de 1960 à 2000, les prévisions pour la période de 2001 à 2005, n'étant pas comprises. De plus, deux années anormales ont été exclues des calculs, soit 1982 et 1991. Pour 1982, la valeur de l'élasticité est 7, 47 et elle est 1, 25 pour l'année précédente et 1, 34 pour l'année suivante; pour 1991, elle est 31, 53 et pour les années précédente et suivante, 2, 55 et 2, 73 respectivement.
Source : ICIS 2002e; Statistique Canada 2002c.

provinces demandent périodiquement une augmentation des transferts et cela contribue à la nature hautement politique et très acrimonieuse du débat qui a cours sur les soins de santé depuis quelques années.

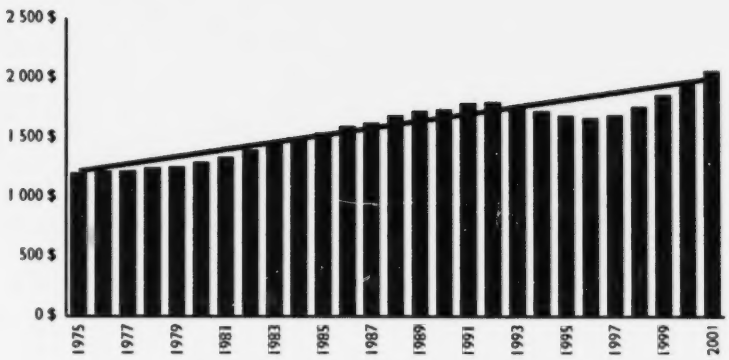
Voilà le contexte historique dans lequel s'inscrit le débat des dernières années sur les niveaux appropriés de financement. Ces divers changements dans les ententes de financement au fil du temps ont eu pour effet d'ajouter progressivement à la confusion qui régnait déjà quant à la contribution relative des gouvernements fédéral et provinciaux. D'une part, la complexité des ententes elles-mêmes a largement contribué à cette confusion.

Proportion des budgets provinciaux que représentent les dépenses de santé

En raison de l'augmentation des coûts, les gouvernements provinciaux ont informé leurs citoyens et le gouvernement fédéral, ces dernières années, que les dépenses de santé les obligent à réduire les dépenses et investissements dans d'autres domaines prioritaires comme l'éducation, les infrastructures, la réduction de la dette et les réductions d'impôt. À l'exception d'une courte période, soit du début au milieu des années 1990, les dépenses de santé provinciales et territoriales réelles n'ont cessé d'augmenter (voir figure 1.32). En tenant compte de l'inflation, les dépenses de santé provinciales et territoriales par habitant sont passées de 1 200 $ par habitant, en moyenne, à presque 2 100 $ par habitant entre 1975 et 2001 (ICIS 2001e).

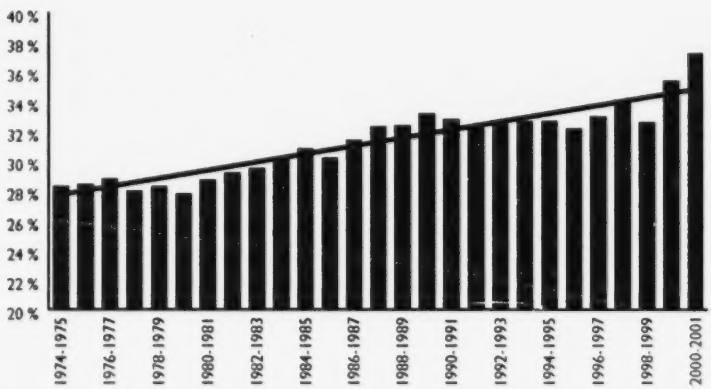
La figure 1.33 démontre que les dépenses de santé représentent une part de plus en plus grande des dépenses provinciales et territoriales totales consacrées à des programmes. En 1999-2000, les dépenses de santé représentaient environ 35,4 % des dépenses provinciales et territoriales de programmes, comparativement à 28 % en 1974-1975. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les dépenses de santé absorbent une part de plus en plus grande des budgets des gouvernements, et ces raisons varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Cependant, trois raisons sont communes à toutes les provinces :

Figure 1.32
Dépenses de santé provinciales-territoriales par habitant (en dollars constants de 1997), 1975 à 2001



Nota : Les données pour 2000 et 2001 (en noir) ne sont que des prévisions.
Source : ICIS 2001e.

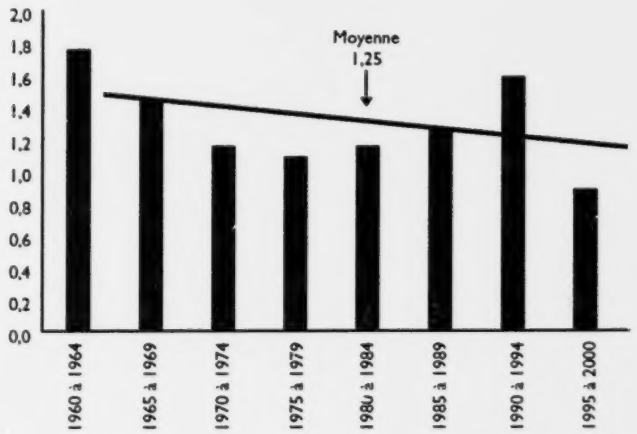
Figure 1.33
Dépenses de santé provinciales-territoriales en pourcentage des dépenses de programmes, 1975 à 2001



Nota : Les chiffres pour 2000-2001 (en noir) ne sont que des prévisions.
Source : ICIS 2001g.

- Les répercussions des réductions des dépenses au début des années 1990 ont ébranlé la confiance de la population dans le système et par contrecoup, ces dernières années, elles ont suscité le besoin de réinvestir (Tuohy 2002).
- Le prix croissant des médicaments d'ordonnance, des soins à domicile et d'autres dépenses de santé contribue à une augmentation constante des dépenses de santé provinciales même si les coûts au titre des soins fournis par les hôpitaux et les médecins augmentent à un rythme beaucoup plus acceptable (Evans 2002b).
- Les coûts ont augmenté à cause des augmentations importantes de la rémunération des prestataires de soins consenties récemment après plusieurs années de restriction.

Figure 1.31
Rapport entre le taux de croissance annuel des dépenses de santé par habitant et le taux de croissance annuel du PIB au Canada, 1960 à 1964 à 1995 à 2000



Nota : La valeur moyenne de l'élasticité indiquée dans la figure n'est basée que sur les calculs pour la période de 1960 à 2000, les prévisions pour la période de 2001 à 2005, n'étant pas comprises. De plus, deux années anormales ont été exclues des calculs, soit 1982 et 1991. Pour 1982, la valeur de l'élasticité est 7, 47 et elle est 1, 25 pour l'année précédente et 1, 34 pour l'année suivante; pour 1991, elle est 31, 53 et pour les années précédente et suivante, 2, 55 et 2, 73 respectivement.
Source : ICIS 2002e; Statistique Canada 2002c.

provinces demandent périodiquement une augmentation des transferts et cela contribue à la nature hautement politique et très acrimonieuse du débat qui a cours sur les soins de santé depuis quelques années.

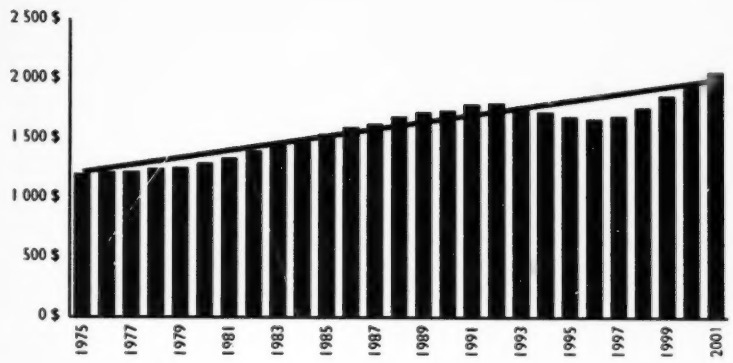
Voilà le contexte historique dans lequel s'inscrit le débat des dernières années sur les niveaux appropriés de financement. Ces divers changements dans les ententes de financement au fil du temps ont eu pour effet d'ajouter progressivement à la confusion qui régnait déjà quant à la contribution relative des gouvernements fédéral et provinciaux. D'une part, la complexité des ententes elles-mêmes a largement contribué à cette confusion.

Proportion des budgets provinciaux que représentent les dépenses de santé

En raison de l'augmentation des coûts, les gouvernements provinciaux ont informé leurs citoyens et le gouvernement fédéral, ces dernières années, que les dépenses de santé les obligent à réduire les dépenses et investissements dans d'autres domaines prioritaires comme l'éducation, les infrastructures, la réduction de la dette et les réductions d'impôt. À l'exception d'une courte période, soit du début au milieu des années 1990, les dépenses de santé provinciales et territoriales réelles n'ont cessé d'augmenter (voir figure 1.32). En tenant compte de l'inflation, les dépenses de santé provinciales et territoriales par habitant sont passées de 1 200 $ par habitant, en moyenne, à presque 2 100 $ par habitant entre 1975 et 2001 (ICIS 2001e).

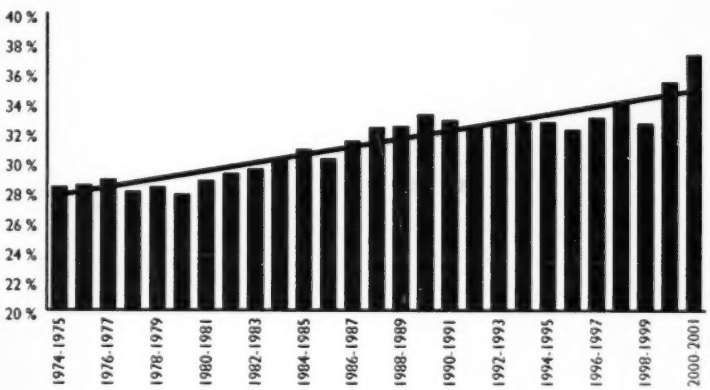
La figure 1.33 démontre que les dépenses de santé représentent une part de plus en plus grande des dépenses provinciales et territoriales totales consacrées à des programmes. En 1999-2000, les dépenses de santé représentaient environ 35,4 % des dépenses provinciales et territoriales de programmes, comparativement à 28 % en 1974-1975. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les dépenses de santé absorbent une part de plus en plus grande des budgets des gouvernements, et ces raisons varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Cependant, trois raisons sont communes à toutes les provinces :

Figure 1.32
Dépenses de santé provinciales-territoriales par habitant (en dollars constants de 1997), 1975 à 2001



Nota : Les données pour 2000 et 2001 (en noir) ne sont que des prévisions.
Source : ICIS 2001e.

Figure 1.33
Dépenses de santé provinciales-territoriales en pourcentage des dépenses de programmes, 1975 à 2001



Nota : Les chiffres pour 2000-2001 (en noir) ne sont que des prévisions.
Source : ICIS 2001g.

- Les répercussions des réductions des dépenses au début des années 1990 ont ébranlé la confiance de la population dans le système et par contrecoup, ces dernières années, elles ont suscité le besoin de réinvestir (Tuohy 2002).
- Le prix croissant des médicaments d'ordonnance, des soins à domicile et d'autres dépenses de santé contribue à une augmentation constante des dépenses de santé provinciales même si les coûts au titre des soins fournis par les hôpitaux et les médecins augmentent à un rythme beaucoup plus acceptable (Evans 2002b).
- Les coûts ont augmenté à cause des augmentations importantes de la rémunération des prestataires de soins consenties récemment après plusieurs années de restriction.

Cependant, les commentateurs ne souscrivent pas tous aux arguments des provinces selon lesquels les tendances actuelles des dépenses ne sont pas viables. Boychuck (2002) allègue que le pourcentage du PIB que représentent les dépenses de santé provinciales est le même qu'il y a dix ans et que les augmentations récentes s'expliquent par l'ouverture des vannes, suite à la « compression de la demande » occasionnée par les réductions des dépenses des années 1990. Selon lui, le système est non viable seulement dans la mesure où nous acceptons que :

- les dépenses augmenteront encore plus rapidement qu'il le faut pour composer avec une population vieillissante et l'augmentation des coûts liés aux services actuels; ou
- il y a consensus sur le fait que le fardeau fiscal des Canadiens est lui-même non-viable et qu'il doit être réduit.

La perception que le secteur des soins de santé subit une crise financière est tout aussi importante que la réalité étant donné que la perception mine la confiance de la population dans le système, peu importe que des mesures soient prises pour contenir les coûts.

Il s'agit de questions importantes pour les provinces et les territoires. Devant assumer la plus grande part des risques afférents à la croissance des coûts de la santé, leurs gouvernements sont beaucoup plus inquiets quant à leur capacité de financer les soins de santé dans le futur. De plus, les gouvernements fédéral et provinciaux se sont engagés politiquement à l'égard d'un plan de réduction graduelle des impôts. Selon les estimations, ces réductions représenteraient au total 40 milliards de dollars en 2001-2002 (Yalnizyan 2002) dont la moitié est assumée par le gouvernement fédéral, et l'autre, par les provinces. Parallèlement à ces réductions d'impôts, durant la même année, la contribution fédérale au titre de la santé a augmenté de 2,8 milliards de dollars, tandis que les dépenses de santé provinciales ont augmenté de 4,8 milliards de dollars (voir Annexe E).

Rôle clé que joue la santé dans l'économie

Les débats sur les soins de santé sont le plus souvent axés sur les coûts, alors qu'en fait, la santé joue un rôle clé dans l'économie nationale et les économies internationales.

Selon l'économiste américain Nordhaus, la « révolution médicale qui a marqué le dernier siècle semble mériter, du point de vue économique du moins, le commentaire élogieux de Samuel Johnson, soit « le plus grand bienfait pour l'humanité » [*Traduction*] (2002, 38). Cette augmentation de la valeur économique découle de nombreux facteurs, dont les améliorations dans les domaines suivants :

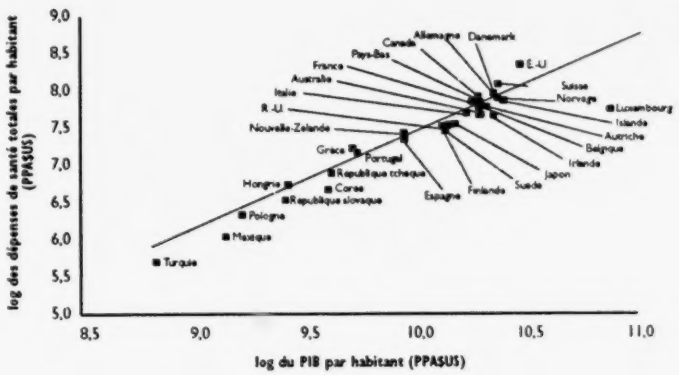
- les connaissances de base, qui comprennent aussi bien la théorie des germes servant à expliquer la maladie au début du XXe siècle, que la révolution récente de l'ADN;
- les capitaux et infrastructure en santé publique;
- les outils et méthodes diagnostiques;
- la logistique aux fins de l'accès à des soins intensifs (p. ex. interventions d'urgence);
- les techniques et protocoles de traitement, y compris les produits pharmaceutiques.

Au début des années 1990, l'augmentation des coûts liés aux soins de santé était perçue dans un grand nombre de pays comme un obstacle à l'équilibre budgétaire et aux baisses d'impôt, d'où le sentiment que les coûts des soins de santé compromettaient la compétitivité nationale future. Or, selon les calculs de Nordhaus, il semble que les dépenses de santé aient contribué à l'économie américaine au moins autant que toutes les autres dépenses de consommation confondues. L'économiste canadien Tom Courchene (2001) abonde dans le même sens, considérant, lui aussi, les dépenses de santé comme un investissement dynamique dans l'économie plutôt que comme de simples dépenses de consommation.

Non seulement les investissements dans les soins de santé mènent à une vie active plus longue et plus productive sur une base individuelle, mais des investissements dûment ciblés dans les soins de santé peuvent également constituer un avantage concurrentiel pour les pays. Dans le mémoire qu'il a soumis à la Commission (2002, 2), le Conseil canadien des chefs d'entreprise a déclaré que « les dirigeants d'entreprise du Canada ont toujours été en faveur d'un régime public de soins de santé universellement accessible pour le Canada » parce que « les coûts et la qualité des soins de santé ont des répercussions réelles sur la compétitivité de nos entreprises et sur la capacité de notre pays d'attirer des gens et des investissements » [*Traduction*]. Les trois grands de l'automobile (Ford, General Motors et Daimler-Chrysler) ont signé récemment une déclaration conjointe avec le syndicat le plus important de ce secteur, les Travailleurs canadiens de l'automobile, pour exprimer leur appui au système canadien de santé financé par l'État et souligner l'avantage concurrentiel majeur qu'il procure aux industries canadiennes de l'automobile et des pièces d'automobile par rapport à leurs homologues américains. En résumé, il est plus économique pour les employeurs de payer des impôts pour financer le système de santé que d'être obligés de contracter des assurances privées pour leurs employés.

Il est également vrai que les dépenses de santé sont ce que les économistes appellent un bien supérieur, en ce sens qu'à titre individuel, nous avons tendance à dépenser progressivement plus pour les soins de santé que pour d'autres biens et services au fur et à mesure que nos revenus augmentent. Selon une série d'études internationales résumées par Gerdtham et Jönsson (2000), de tous les facteurs permettant d'expliquer les niveaux élevés de dépenses de santé dans tous les pays, le plus important est un revenu élevé (voir figure 1.34). En effet, plus le pays est économiquement développé, plus l'effet est prononcé (Scheiber et Maeda 1997). D'après Reinhardt et al. (2002, 171), le PIB par habitant est sans doute « la variable explicative la plus déterminante des différences à l'échelle internationale dans les dépenses de santé » [*Traduction*].

Figure 1.34
Rapport entre les dépenses de santé totales et la croissance économique dans les pays de l'OCDE (PPA$US), 2000



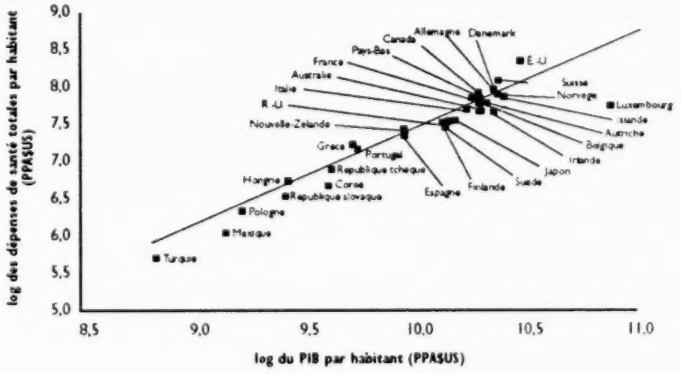
Nota : La parité du pouvoir d'achat (PPA$US) est le taux de change qui garantit un pouvoir d'achat égal entre deux devises; il est basé sur la valeur du dollar US. Par exemple, avec une somme d'argent donnée, convertie en devises étrangères, on pourra acheter un panier de biens et services identiques dans tous les pays en question. Ainsi, la PPA est le taux de change qui élimine les écarts dans les niveaux des prix des différents pays.

Source : OCDE 2002b.

Non seulement les investissements dans les soins de santé mènent à une vie active plus longue et plus productive sur une base individuelle, mais des investissements dûment ciblés dans les soins de santé peuvent également constituer un avantage concurrentiel pour les pays. Dans le mémoire qu'il a soumis à la Commission (2002, 2), le Conseil canadien des chefs d'entreprise a déclaré que « les dirigeants d'entreprise du Canada ont toujours été en faveur d'un régime public de soins de santé universellement accessible pour le Canada » parce que « les coûts et la qualité des soins de santé ont des répercussions réelles sur la compétitivité de nos entreprises et sur la capacité de notre pays d'attirer des gens et des investissements » [*Traduction*]. Les trois grands de l'automobile (Ford, General Motors et Daimler-Chrysler) ont signé récemment une déclaration conjointe avec le syndicat le plus important de ce secteur, les Travailleurs canadiens de l'automobile, pour exprimer leur appui au système canadien de santé financé par l'État et souligner l'avantage concurrentiel majeur qu'il procure aux industries canadiennes de l'automobile et des pièces d'automobile par rapport à leurs homologues américains. En résumé, il est plus économique pour les employeurs de payer des impôts pour financer le système de santé que d'être obligés de contracter des assurances privées pour leurs employés.

Il est également vrai que les dépenses de santé sont ce que les économistes appellent un bien supérieur, en ce sens qu'à titre individuel, nous avons tendance à dépenser progressivement plus pour les soins de santé que pour d'autres biens et services au fur et à mesure que nos revenus augmentent. Selon une série d'études internationales résumées par Gerdtham et Jönsson (2000), de tous les facteurs permettant d'expliquer les niveaux élevés de dépenses de santé dans tous les pays, le plus important est un revenu élevé (voir figure 1.34). En effet, plus le pays est économiquement développé, plus l'effet est prononcé (Scheiber et Maeda 1997). D'après Reinhardt et al. (2002, 171), le PIB par habitant est sans doute « la variable explicative la plus déterminante des différences à l'échelle internationale dans les dépenses de santé » [*Traduction*].

Figure 1.34 Rapport entre les dépenses de santé totales et la croissance économique dans les pays de l'OCDE (PPA$US), 2000



Nota : La parité du pouvoir d'achat (PPA$US) est le taux de change qui garantit un pouvoir d'achat égal entre deux devises; il est basé sur la valeur du dollar US. Par exemple, avec une somme d'argent donnée, convertie en devises étrangères, on pourra acheter un panier de biens et services identiques dans tous les pays en question. Ainsi, la PPA est le taux de change qui élimine les écarts dans les niveaux des prix des différents pays.

Source : OCDE 2002b.

Ressources et viabilité

Quelles conclusions pouvons-nous tirer concernant les ressources et la viabilité? Le niveau de dépenses de santé du Canada se compare à celui des autres pays de l'OCDE, bien qu'il soit de loin inférieur au niveau de dépenses de santé par habitant enregistré aux États-Unis. Tous les pays de l'OCDE sont aux prises avec une augmentation des coûts des soins de santé, et l'expérience indique que plus un pays est riche, plus il dépense en soins de santé. D'aucuns sont d'avis que le Canada recourt trop facilement à la fiscalité, et pourtant, des données comparatives indiquent qu'il n'est pas très différent des autres pays. L'étude de différents mécanismes de financement du système de santé démontre que chacun des mécanismes pose un certain nombre de problèmes et que, dans bien des cas, ils ne feraient que transférer le fardeau du financement des gouvernements vers les individus. Parallèlement, des problèmes majeurs se posent quant à la contribution respective des paliers fédéral et provincial-territorial au financement des soins de santé. Les soins de santé représentent une proportion croissante des budgets provinciaux. Les derniers chapitres du présent rapport traitent de certaines mesures qui pourraient être prises pour freiner l'augmentation des coûts, en particulier dans le cas des médicaments d'ordonnance. Il n'en demeure pas moins que les coûts des soins de santé continueront vraisemblablement à augmenter et qu'il faudra faire des choix quant aux modalités de gestion de ces coûts. Les Canadiens ont, dans une imposante proportion, indiqué à la Commission qu'ils sont prêts à payer davantage pour assurer la viabilité du système, dans la mesure où le système est prêt à s'adapter à leurs besoins et attentes.

Viabilité du système de santé du Canada — Préparer l'avenir

Ce premier chapitre a fourni une mine de renseignements qui aident à examiner trois aspects de la viabilité du système de santé du Canada : les services que fournit le système, la capacité du système à répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé et la disponibilité des ressources financières nécessaires pour financer le système.

Ensemble, ces trois aspects nous permettent de tirer une conclusion globale quant à la viabilité du système de santé du Canada. La Commission a conclu que le système est viable, mais seulement dans la mesure où des changements majeurs et bien ciblés y sont apportés. Les services doivent être réorganisés, l'accès aux services amélioré, les besoins en matière de santé satisfaits et les disparités réduites.

La viabilité du système dépend de la capacité d'atteindre un juste équilibre entre les services fournis, les besoins des Canadiens en matière de santé et les ressources que nous sommes prêts à investir dans le système. Il incombe à tous ceux qui régissent le système de santé — les Canadiens à titre individuel, les collectivités, les dispensateurs de soins, les autorités de la santé et les administrateurs des hôpitaux et les gouvernements — de trouver cet équilibre. La viabilité future du système dépend des décisions prises collectivement par tous ces intervenants. Ces décisions devraient idéalement s'inspirer des valeurs des Canadiens qui, comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, tiennent à ce que l'assurance-santé perdure et qu'il atteigne son plein potentiel.

Les différents chapitres du rapport se centrent sur le remaniement du régime d'assurance-santé pour le XXI[e] siècle, en vue d'assurer sa viabilité pour des années à venir. Dans le chapitre 2, on invite d'abord les Canadiens à renouveler leur engagement collectif à l'égard du système de santé et à mettre en place de nouveaux mécanismes de gouvernance pour assurer un leadership clair

Ressources et viabilité

Quelles conclusions pouvons-nous tirer concernant les ressources et la viabilité? Le niveau de dépenses de santé du Canada se compare à celui des autres pays de l'OCDE, bien qu'il soit de loin inférieur au niveau de dépenses de santé par habitant enregistré aux États-Unis. Tous les pays de l'OCDE sont aux prises avec une augmentation des coûts des soins de santé, et l'expérience indique que plus un pays est riche, plus il dépense en soins de santé. D'aucuns sont d'avis que le Canada recourt trop facilement à la fiscalité, et pourtant, des données comparatives indiquent qu'il n'est pas très différent des autres pays. L'étude de différents mécanismes de financement du système de santé démontre que chacun des mécanismes pose un certain nombre de problèmes et que, dans bien des cas, ils ne feraient que transférer le fardeau du financement des gouvernements vers les individus. Parallèlement, des problèmes majeurs se posent quant à la contribution respective des paliers fédéral et provincial-territorial au financement des soins de santé. Les soins de santé représentent une proportion croissante des budgets provinciaux. Les derniers chapitres du présent rapport traitent de certaines mesures qui pourraient être prises pour freiner l'augmentation des coûts, en particulier dans le cas des médicaments d'ordonnance. Il n'en demeure pas moins que les coûts des soins de santé continueront vraisemblablement à augmenter et qu'il faudra faire des choix quant aux modalités de gestion de ces coûts. Les Canadiens ont, dans une imposante proportion, indiqué à la Commission qu'ils sont prêts à payer davantage pour assurer la viabilité du système, dans la mesure où le système est prêt à s'adapter à leurs besoins et attentes.

VIABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA — PRÉPARER L'AVENIR

Ce premier chapitre a fourni une mine de renseignements qui aident à examiner trois aspects de la viabilité du système de santé du Canada : les services que fournit le système, la capacité du système à répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé et la disponibilité des ressources financières nécessaires pour financer le système.

Ensemble, ces trois aspects nous permettent de tirer une conclusion globale quant à la viabilité du système de santé du Canada. La Commission a conclu que le système est viable, mais seulement dans la mesure où des changements majeurs et bien ciblés y sont apportés. Les services doivent être réorganisés, l'accès aux services amélioré, les besoins en matière de santé satisfaits et les disparités réduites.

La viabilité du système dépend de la capacité d'atteindre un juste équilibre entre les services fournis, les besoins des Canadiens en matière de santé et les ressources que nous sommes prêts à investir dans le système. Il incombe à tous ceux qui régissent le système de santé — les Canadiens à titre individuel, les collectivités, les dispensateurs de soins, les autorités de la santé et les administrateurs des hôpitaux et les gouvernements — de trouver cet équilibre. La viabilité future du système dépend des décisions prises collectivement par tous ces intervenants. Ces décisions devraient idéalement s'inspirer des valeurs des Canadiens qui, comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, tiennent à ce que l'assurance-santé perdure et qu'il atteigne son plein potentiel.

Les différents chapitres du rapport se centrent sur le remaniement du régime d'assurance-santé pour le XXI[e] siècle, en vue d'assurer sa viabilité pour des années à venir. Dans le chapitre 2, on invite d'abord les Canadiens à renouveler leur engagement collectif à l'égard du système de santé et à mettre en place de nouveaux mécanismes de gouvernance pour assurer un leadership clair

quant aux questions d'intérêt national. Le gouvernement fédéral est invité, quant à lui, à augmenter sa contribution au financement des soins de santé, à fournir un financement stable, viable, et à réserver des fonds expressément pour répondre aux problèmes urgents qui se posent dans le système. Mais le message est clair : il ne s'agit pas d'investir davantage pour maintenir le statu quo — les fonds doivent servir à effectuer de vrais changements. Le rapport traite ensuite de certains éléments fondamentaux sur lesquels repose le système de santé — s'assurer d'obtenir de meilleurs renseignements et de l'évidence aux fins des décisions et prévoir des effectifs suffisants de dispensateurs de soins et une répartition adéquate de ceux-ci. Il y est également mentionné clairement que les rôles et responsabilités des dispensateurs de soins doivent s'adapter aux nouvelles approches des soins de santé. Le rapport examine ensuite certains des aspects les plus importants des modalités de prestation actuelles des services de santé et présente des recommandations concrètes en vue d'améliorer l'accès aux services, d'engager la réforme des soins de santé primaires et d'entreprendre les étapes importantes que constitue l'intégration des soins à domicile et des médicaments d'ordonnance à la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, le rapport revient sur la question de la gouvernance en faisant des recommandations, d'abord en vue d'une nouvelle approche pour la prestation des services aux Autochtones du Canada (dont l'état de santé laisse transparaître le plus grave échec du système à ce jour), puis pour une approche positive et proactive de la gouvernance internationale des soins de santé dans le contexte de la mondialisation.

En plus de rétablir la confiance des Canadiens dans le système de santé, ces recommandations permettront au système de satisfaire les besoins et, surtout, à leurs attentes en matière de santé.

Les choix que nous faisons et notre perception de nos droits et responsabilités dans le cadre du système déterminent le maintien du système de santé canadien. C'est là la première étape : jeter de nouvelles bases pour la gouvernance du système. Il appartiendra ensuite aux gouvernements et à tous les Canadiens de mettre à profit les possibilités de changement, de faire les bons choix et de veiller à donner aux citoyens ce qu'ils réclament — un excellent système de santé, qui soit viable non seulement aujourd'hui mais pour les générations à venir.

LA SANTÉ, LA CITOYENNETÉ, LE FÉDÉRALISME

Orientations proposées

- ***Établir un nouveau Pacte canadien sur la santé qui serait l'énoncé concret des valeurs des Canadiens et le principe directeur de notre système de santé financé par l'État.***
- ***Créer un Conseil de la santé du Canada pour faciliter la collaboration et le leadership dans le domaine de la santé.***
- ***Actualiser la* Loi canadienne sur la santé *en étendant la protection et en renouvelant les principes.***
- ***Assurer un financement stable, prévisible et durable au moyen d'un nouveau transfert de fonds spécial pour le régime d'assurance-santé.***
- ***Résoudre les problèmes immédiats par un financement ciblé.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Tous les aspects des travaux de la Commission permettent d'aboutir à une conclusion dominante, à savoir qu'il n'est pas nécessaire d'abandonner les principes ou les valeurs qui sont le fondement du système de santé du Canada. Le régime d'assurance-santé a été très utile pour le pays. Mais, depuis son instauration, de nombreux changements sont survenus, et il faut le renouveler pour qu'il corresponde à la nouvelle dynamique du système de santé du Canada. Les Canadiens favorisent ces changements et en comprennent la nécessité. Ils sont disposés à changer leurs *idées* sur la manière dont le système de santé peut et doit fonctionner, mais non pas à transiger sur leurs *idéaux* ou à y renoncer, et ils ont raison.

Soutenir le système de santé du Canada et veiller à ce qu'il demeure fidèle aux idéaux qui en ont inspiré la création dépend beaucoup des choix que nous ferons. Dans le chapitre précédent, on en venait à la conclusion que le régime d'assurance-santé est viable dans la mesure où le système de santé est prêt à changer — si les services sont restructurés de manière à correspondre à l'évolution des besoins et si le financement est adéquat, stable et prévisible.

Comme on l'a vu au chapitre 1, l'atteinte de l'équilibre entre les services, les besoins et les ressources dans le système de santé dépend en grande partie des décisions prises par ceux qui assurent le fonctionnement du système, c'est-à-dire les dispensateurs de soins, les hôpitaux, les autorités de la santé et, naturellement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Tout au long des consultations publiques et du dialogue avec les Canadiens, la Commission a prêté l'oreille aux multiples frustrations exprimées vis-à-vis l'incapacité des gestionnaires du système à résoudre leurs divergences d'une manière productive. Les différences dans les approches, les priorités et les conceptions quant aux caractéristiques que devrait avoir le système de santé sont une partie intégrante de la vie dans un pays aussi grand et aussi diversifié que le Canada. D'une certaine manière, il y aura toujours des divergences d'opinion.

Néanmoins, les désaccords peuvent être traités d'une manière productive ou improductive. D'un côté, si l'objectif est de blâmer quelqu'un plutôt que de résoudre un problème, ils peuvent inciter certains à rejeter les responsabilités sur d'autres et susciter la méfiance. D'un autre côté, ils peuvent donner naissance à une tradition de compromis et de négociation, qui aboutit, en fin de compte, à des décisions qui correspondent au meilleur intérêt des Canadiens et du système de santé lui-même. Aux yeux de la Commission, les personnes chargées de la gestion du système de santé doivent rétablir le respect et la confiance réciproques qui ont disparu depuis quelques années, en particulier dans les relations entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux et parmi les différents intervenants dans le système de santé.

Les polémiques destructrices qui sèment la discorde doivent cesser. Si le statu quo est maintenu, il finira par résulter en une désintégration du système de santé du Canada, qui ne sera plus qu'un ensemble disparate de systèmes proposant diverses formes de services, de prestations et de modes de paiement pour les soins de santé. Or, ce n'est pas ce que veulent ni ce à quoi aspirent les Canadiens.

Les Canadiens s'attendent à ce que les deux paliers de gouvernement prennent les mesures nécessaires pour répondre aux besoins et aux priorités à caractère social, y compris dans le domaine de la santé. Dans tout domaine particulier de la politique sociale, le rôle de chaque palier de gouvernement repose sur diverses ententes concernant la façon dont les responsabilités devraient être partagées ou départagées en vue de combler certains besoins sociaux. Ce partage repose non seulement sur des attributions constitutionnelles mais aussi sur des considérations afférentes à l'efficacité, à l'équité et à la meilleure façon de répartir les ressources. Ainsi, le rôle efficace du gouvernement fédéral en matière de soins de santé repose sur les gains d'efficience et d'équité qui peuvent être réalisés lorsque les risques et les coûts de maladie sont répartis à l'échelle nationale plutôt qu'assumés individuellement ou répartis uniquement à l'échelle provinciale (Banting et Boadway 2002). Malgré le fait que la responsabilité première de l'organisation et de la prestation des services relève surtout des provinces, une participation efficace du gouvernement fédéral peut assurer que les niveaux et la qualité des services soient relativement similaires partout au pays.

Dans le passé, le gouvernement fédéral a eu recours à son pouvoir fédéral de dépenser pour inciter les provinces à adopter des systèmes d'assurance administrés publiquement et fondés sur un payeur unique. Le succès et la longévité de l'assurance-santé s'expliquent en partie par les transferts sociaux permanents du gouvernement fédéral, par ses paiements de péréquation et par

sa disposition à utiliser son avantage politique pour promouvoir et défendre le système. Ce sont des lois fédérales — la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et la *Loi sur les soins médicaux* (1966) — qui, conjuguées à des ressources financières, ont établi une approche nationale aux soins de santé au Canada. Et lorsque la surfacturation et les frais modérateurs risquaient de compromettre l'accessibilité de l'assurance-santé, le gouvernement fédéral a réagi en adoptant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces mesures traduisent la conviction des Canadiens que l'accès aux services de santé n'est pas uniquement une question locale ou provinciale, mais aussi une question d'intérêt national exigeant une participation active du gouvernement fédéral.

Toutefois, comme on le verra de manière plus approfondie dans le présent chapitre, le gouvernement fédéral tente depuis quelques années de conserver son rôle de gardien du caractère national de l'assurance-santé tout en diminuant sa responsabilité et sa part de risque dans la gestion de l'augmentation des coûts et l'évolution des attentes au sein du système, ce qui suscite des conflits entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le public canadien souhaite pourtant que soit préservé le caractère national des soins de santé et s'attend aussi à ce tous les citoyens de ce pays aient un accès équitable à un large éventail de services essentiels de haute gamme.

Il faut adopter une approche essentiellement différente, non seulement pour restaurer la confiance, mais aussi pour résoudre les différends et apaiser les conflits d'une manière constructive et transparente. Notamment, les Canadiens veulent et attendent de leurs gouvernements et de ceux qui ont la charge de faire fonctionner le système de santé qu'ils travaillent ensemble à résoudre plusieurs des questions pressantes exposées dans les différents chapitres du présent rapport. Il nous faut une conception réellement nationale d'un régime d'assurance-santé pour le XXI[e] siècle — c'est-à-dire une approche qui mette de côté les divergences des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral et qui adopte des principes de gestion nouveaux et plus efficaces.

> *« L'assurance-santé est un emblème aussi fort au Canada que la Constitution l'est aux États-Unis. »*
>
> FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ MCGILL. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE MONTRÉAL.

Ce n'est qu'en empruntant la voie de la collaboration, en prenant des mesures réfléchies et décisives pour régler ces questions et en mettant de côté les différends du passé que nous pouvons espérer rétablir la confiance des Canadiens dans l'avenir de leur système de santé. Pour atteindre ces objectifs, voici les mesures qu'il faut prendre :

- **Un engagement renouvelé envers un système de santé universellement accessible et financé par l'État** — Les Canadiens tiennent au système de santé, mais il existe une certaine confusion quant à notre conception de l'avenir. Les obligations et les responsabilités des Canadiens, des dispensateurs de soins et des gouvernements doivent elles aussi être clarifiées. Cette tâche devrait être accomplie par la conclusion d'un Pacte canadien sur la santé, auquel auront souscrit les gouvernements et qui reposerait sur des valeurs que partagent les Canadiens. Le Pacte doit être un énoncé clair — autrement dit un nouveau « contrat social » — qui témoigne de notre attachement au système de santé en tant qu'élément vital de notre société. Il devrait être un principe directeur pour la réforme et la modernisation de notre système de soins et pour le rétablissement de la confiance des Canadiens.

« Le fédéralisme coopératif est la stratégie qui a toujours rendu le plus efficace le fonctionnement du Canada. Tous les Canadiens sont gagnants quand le gouvernement fédéral et les provinces se mettent d'accord sur les politiques et les programmes. »

LA CORPORATION CANADIENNE DES RETRAITÉS INTÉRESSÉS, 2001. MÉMOIRE.

« "Réexaminer" et "mettre à jour" ne signifient pas "abandonner" la Loi canadienne sur la santé. Cela signifie qu'il faut s'assurer que la Loi et ses principes sont pertinents et adaptés au monde dans lequel nous vivons aujourd'hui et à celui de demain. »

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, 2001. MÉMOIRE.

- **Le renforcement de la collaboration et du leadership** — Le système de santé consiste en un partenariat formé par les particuliers, les dispensateurs de soins et les gouvernements. Si les provinces et les territoires ont la responsabilité première de fournir les soins de santé, le gouvernement fédéral assume lui aussi des responsabilités importantes du fait qu'il doit faire face à des problèmes d'envergure nationale et qu'il doit assurer une base stable pour le financement. Les mécanismes intergouvernementaux actuellement en place pour résoudre les problèmes du système de santé fonctionnent de moins en moins bien et sont caractérisés par d'acrimonieux débats entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires sur le partage des responsabilités et sur la question de savoir si chaque partie paie sa juste part. Un nouveau Conseil de la santé du Canada — création du gouvernement fédéral, des provinces et territoires — devrait dépolitiser le débat et jeter les bases d'un partenariat plus constructif et plus novateur.
- **Une *Loi canadienne sur la santé* pour le XXI^e siècle** — La *Loi canadienne sur la santé* a été très bénéfique pour les Canadiens. Cependant, pour tenir compte de la réalité qui est aujourd'hui celle de notre système de santé, il faut moderniser la définition de ce qui est jugé médicalement nécessaire et de ce qui est couvert par la Loi. Les Canadiens s'attendent à une plus grande imputabilité dans la gestion de leur système de santé et le texte de la Loi devrait tenir compte de cette attente. En mettant à jour la *Loi canadienne sur la santé*, nous pouvons nous assurer qu'elle va établir un fondement solide pour la gestion de notre système de santé au XXI^e siècle.
- **Des mécanismes de financement adéquats, stables et prévisibles** — Les Canadiens sont inquiets de la hausse des coûts et déconcertés par les polémiques constantes entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires sur la part que doit financer chacun et sur « le montant jugé suffisant ». L'objectif devrait être d'établir de nouveaux mécanismes de financement adéquats, stables et prévisibles à long terme et de dépolitiser le fonctionnement quotidien du système de santé. Le gouvernement fédéral devrait renforcer le financement qu'il offre au système de santé en donnant plus d'extension à ses engagements financiers en matière de soins de santé, en remplaçant l'actuel système de transfert par un transfert constitué uniquement de paiements en espèces et en prévoyant des mécanismes pour ajuster le transfert régulièrement.
- **Des efforts ciblés pour faire face aux priorités immédiates** — L'accès aux soins de santé est le premier sujet de préoccupation des Canadiens. Les chapitres qui suivent établissent la nécessité de prendre des mesures décisives pour améliorer l'accès des Canadiens aux services diagnostiques, aux soins de santé primaires, aux soins à domicile et aux médicaments d'ordonnance. Les personnes qui, au Canada, vivent dans une région

rurale ou éloignée se heurtent à des difficultés particulières en ce qui concerne l'accès à divers services de santé. Il est indispensable d'instaurer un financement fédéral immédiat et ciblé pour faire face à ces priorités. Comme ces domaines ont beaucoup d'importance pour une réforme efficace du système de santé, ils devraient eux aussi être jugés prioritaires dans le cadre des nouveaux mécanismes de financement à long terme des soins de santé.

Ces cinq étapes sont essentielles et représentent la base des mesures et des recommandations exposées dans la suite du présent rapport.

ÉTABLIR UN PACTE CANADIEN SUR LA SANTÉ

RECOMMANDATION 1 :

Il conviendrait d'établir un nouveau Pacte canadien sur la santé, qui serait une déclaration commune exprimant l'engagement des Canadiens et de leurs gouvernements à l'égard d'un système de santé universellement accessible et financé par l'État. Pour réaliser ce projet, les premiers ministres des provinces et territoires devraient se réunir le plus tôt possible afin de s'entendre sur ce Pacte.

Engagement envers les Canadiens

Il faut rétablir la confiance des Canadiens dans leur système de santé. Les Canadiens ont besoin de savoir ce qu'ils peuvent attendre du système et ce que le système attend d'eux. Une des étapes importantes pour rétablir la confiance serait l'énoncé clair des valeurs et des attentes qui sont à la base du système et qui en orientent l'avenir — des valeurs et des attentes que les Canadiens ont eux-mêmes rappelées lors des consultations de la Commission. Ces valeurs sont les suivantes :

- **Universalité** — Chacun doit être admissible et avoir accès aux prestations du système de santé du Canada selon les mêmes modalités et les mêmes conditions.
- **Équité** — L'accès aux services de santé devrait être fondé sur le besoin et seulement sur le besoin, et non pas sur d'autres facteurs tels que la richesse, l'origine, le lieu de résidence, le sexe ou l'âge.
- **Solidarité** — En tant que Canadiens, nous avons la responsabilité collective de fournir les services de santé essentiels à tous les Canadiens, c'est-à-dire non seulement à ceux de la génération actuelle, mais aussi à ceux qui ont contribué à l'édification du système dans le passé et aux générations futures.
- **Capacité de répondre aux besoins** — Les Canadiens veulent et s'attendent à ce que la qualité des soins et l'accès rapide aux soins soient des caractéristiques essentielles du système de santé.

« Pour mon mari, la lutte contre le cancer s'est terminée le 11 février 2000. Quand nous nous sommes mariés, chacun s'est engagé à être le soutien de l'autre, qu'il soit malade ou en santé, jusqu'à ce que la mort nous sépare. Nous considérions aussi que, dans ce pays, le système de santé avait une obligation semblable envers les gens qui payent des impôts et contribuent leur vie durant à faire de ce pays un meilleur endroit où vivre. »

VIBEKE HLADY, EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE VANCOUVER.

- **Responsabilité et prévention** — Les Canadiens comprennent qu'ils ont la responsabilité personnelle de demeurer en santé et ils veulent que leur système de santé mette davantage l'accent sur la prévention des maladies et des accidents.
- **Efficacité et efficience** — Les gens constatent l'escalade des coûts et, en tant que contribuables et « propriétaires » du système de santé, ils s'attendent à ce que le système soit efficace et fasse le meilleur usage possible des ressources disponibles.
- **Imputabilité et transparence** — Les gens n'acceptent plus d'être des observateurs passifs et de s'en remettre aveuglément aux décisions des gouvernements et des professionnels de la santé. Parce que le système de santé leur appartient, qu'ils le financent et qu'ils sont essentiels à son fonctionnement, ils veulent être bien informés et jouer un rôle actif qui soit reconnu.

Les gouvernements doivent maintenant affirmer ces valeurs et ces attentes raisonnables d'une manière claire et concrète. Pour cela, il faudrait convoquer une rencontre des premiers ministres des provinces et territoires le plus tôt possible afin d'établir un nouveau Pacte canadien sur la santé. Celui-ci aurait pour objet :

- d'énoncer clairement les objectifs du système de santé pour le public, pour les patients et pour les dispensateurs de soins;
- d'informer, d'éduquer ainsi que favoriser et soutenir un meilleur processus décisionnel dans notre système de santé;
- de servir de base commune pour la collaboration entre les gouvernements, le public, les professionnels de la santé et les gestionnaires du système.

« Les Canadiens croient en la collectivité — et nous prenons soin de tous les membres de la société. Ce n'est pas nouveau; c'est ce qui ressort de l'histoire du bon Samaritain. Cette histoire est un modèle pour notre système de santé : la bourse du bon Samaritain, ce sont nos impôts consacrés aux soins de santé. »

COALITION DES MÉDECINS POUR LA JUSTICE SOCIALE. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE MONTRÉAL.

Pendant les audiences qu'elle a tenues, la Commission a entendu qu'il était nécessaire d'établir une sorte de « pacte » ou de « charte des droits du patient » qui énoncerait clairement des droits et des obligations, un peu à l'instar de la *Charte des droits et libertés*. La valeur d'un tel Pacte réside cependant dans le fait qu'il témoigne du consensus des Canadiens tel qu'affirmé par leurs gouvernements, et non pas dans l'établissement de nouveaux droits qui seraient sujets à une interprétation juridique et qui, en fin de compte, seraient définis par les tribunaux plutôt que par les Canadiens eux-mêmes.

Enfin, le Pacte devrait être une déclaration claire, formulée par les Canadiens pour les Canadiens — essentiellement, un nouvel « énoncé de mission » pour notre système de santé. Il devrait être avalisé par les premiers ministres, formellement cautionné par une résolution de l'État fédéral et de chaque province et territoire et diffusé dans le public et parmi les dispensateurs de soins. Voici un projet de Pacte, élaboré à partir de nombreux commentaires et avis que la Commission a recueillis auprès des Canadiens.

Projet de Pacte sur la santé pour les Canadiens

Le Canada est un pays fondé sur l'esprit de collaboration, la persévérance et le respect mutuel. Les Canadiens continuent d'être reconnus partout dans le monde pour ces qualités. Tablant sur cette base solide, en tant que Canadiens, nous convenons, pour définir notre système de santé, d'appliquer et de défendre les principes suivants :

Responsabilité réciproque — Le succès de notre système de santé exige un équilibre entre notre responsabilité personnelle à l'égard de notre santé et notre responsabilité collective à l'égard de notre système de santé. Tous les Canadiens partagent la responsabilité de maintenir ce système par leurs actions et les impôts qu'ils payent, et tous devraient y contribuer selon leurs moyens.

Bien public — Notre système de santé est un bien public et un précieux élément de notre patrimoine national.

Soins axés sur le patient — L'orientation de notre système de santé doit dépendre des besoins de santé de chaque patient ainsi que de ceux de sa famille et de la collectivité à laquelle il appartient.

Équité — Tous les Canadiens ont un droit égal d'accès à leur système de santé, suivant leurs besoins en matière de santé, et non leur capacité de payer.

Système universel, accessible et transférable — L'assurance-santé financée par l'État doit être accessible à tous les Canadiens et ce, selon les mêmes modalités et conditions, indépendamment de l'endroit où ils vivent au pays. L'accès aux soins est indépendant de la race, de la couleur, du sexe, de l'orientation sexuelle, des capacités, des incapacités, de l'origine ethnique, de la langue, du lieu de résidence, de la situation sociale ou économique et de la religion des personnes qui font appel au système de santé, mais la façon dont les soins sont dispensés doit être adaptée à ces différences.

Respect et éthique — Notre système de santé doit reposer sur les normes éthiques les plus rigoureuses et reconnaître la valeur et la dignité de la personne dans son intégralité, y compris ses besoins biologiques, affectifs, physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.

Transparence et imputabilité — Les décisions des pouvoirs publics et des professionnels de la santé relativement au fonctionnement de notre système de santé doivent être claires et transparentes. Les Canadiens ont droit à des rapports périodiques sur la situation, la qualité et le rendement de leur système de santé.

Participation publique — La participation publique est importante pour le maintien d'un système de santé qui soit viable, efficace et capable de répondre aux besoins.

Qualité, efficacité et usage optimal des ressources — Les ressources nécessaires au soutien de notre système de santé sont limitées, et le système doit être géré aussi efficacement que possible. L'organisation et la prestation des soins doivent se faire dans la continuité, l'exactitude et le respect du patient, en profitant des perpectives offertes par des disciplines différentes. Les services doivent être conçus avec pour objectif premier la santé de la population, l'accent étant mis sur les facteurs physiques, sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Le mieux-être, la santé publique et la prévention doivent être des aspects importants du système. Les décisions prises à tous les échelons du système doivent être fondées sur la meilleure information disponible. Il faut favoriser l'innovation et le partage des pratiques exemplaires.

Responsabilités et droits des Canadiens

Les Canadiens :

- ont la responsabilité d'adopter des comportements qui contribuent à la santé et de promouvoir et soutenir le bien-être de leurs familles et de leurs collectivités;
- ont la responsabilité d'utiliser le système de manière raisonnable et de soutenir le système par leurs actions et les impôts qu'ils payent;
- ont droit aux services de santé en fonction de leur besoin en matière de soins et non pas de leur capacité de payer;
- ont droit à des soins en temps opportun et de qualité élevée;
- ont le droit de prendre des décisions éclairées concernant les soins de santé qu'ils reçoivent et de recevoir toute l'information et la documentation médicales s'y rapportant, tout en respectant le jugement et l'expertise des professionnels de la santé;
- ont le droit de participer à l'élaboration, et d'être informés, des politiques et des lois pertinentes, y compris des modalités à respecter pour déposer une plainte, et tous les Canadiens ont le droit d'utiliser les mécanismes prévus pour interjeter des appels ou déposer des plaintes ayant trait au système;
- ont le droit d'être traités avec courtoisie, respect et dignité, et il faut, conformément aux lois pertinentes, respecter leur droit à la confidentialité.

Responsabilités et droits des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé :

- ont la responsabilité de veiller à ce que le système de santé accorde la plus haute priorité aux préoccupations et aux besoins des patients en matière de santé;
- ont la responsabilité de collaborer avec les gouvernements, le public et les uns avec les autres en vue d'améliorer constamment la qualité des services et de maximiser la sécurité du patient;
- ont la responsabilité de respecter la confidentialité et la vie privée de chaque patient;
- ont la responsabilité de renseigner les patients sur les traitements, les services connexes et les alternatives disponibles et de prendre en considération les préférences de leurs patients;
- ont la responsabilité de gérer de manière raisonnable et prudente les ressources de notre système de santé, étant donné que ces ressources ne sont pas illimitées;
- ont la responsabilité de maintenir les normes et les standards de leur profession;
- ont le droit à ce que leur statut professionnel et leur capacité à porter des jugements cliniques soient reconnus ainsi que de recevoir une rémunération raisonnable;
- ont le droit d'être traités avec dignité et respect dans l'exercice de leurs fonctions;
- ont le droit de remplir un rôle véritable dans les prises de décisions ayant trait au fonctionnement du système.

Responsabilités et droits des gouvernements

Les gouvernements :

- ont la responsabilité d'élaborer et d'administrer le système de santé dans l'intérêt public et d'une manière qui assure l'accès et un traitement équitable pour tous les Canadiens;
- ont la responsabilité de réserver un financement adéquat, stable et prévisible pour notre système de santé, d'une manière qui soit transparente pour les Canadiens;
- ont la responsabilité de collaborer les uns avec les autres et, suivant les nécessités du moment, avec le public et les professionnels de la santé pour favoriser l'innovation, et de s'assurer que le système de santé demeure adapté à la situation et viable;
- ont la responsabilité de procéder à un examen périodique du rendement et du fonctionnement du système de santé et d'en informer le public, de sorte que les Canadiens puissent prendre des décisions éclairées et contribuer au bon fonctionnement du système à la lumière de renseignements pertinents;
- ont la responsabilité de veiller à ce que les décisions touchant l'orientation future de notre système de santé soient prises selon des principes de transparence et de responsabilité envers tous; cela signifie qu'il faut établir des buts, des cibles et des indicateurs pour le système, mesurer les performances et informer le public;
- ont la responsabilité de veiller à ce que les services de santé soient fournis d'une manière qui assure la souplesse nécessaire pour tenir compte des circonstances et des besoins locaux;
- ont la responsabilité d'établir des mécanismes appropriés qui permettent au public et aux professionnels de la santé d'avoir une part constructive dans les décisions qui touchent l'avenir de notre système de santé;
- ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques publiques favorables à la santé de la population;
- ont le droit de voir reconnus et respectés les rôles et les responsabilités qui correspondent à leur domaine de compétence lorsqu'ils définissent pour l'avenir les nouvelles orientations du système de santé.

Les Canadiens et leurs représentants élus peuvent choisir d'adopter ou de modifier le Pacte proposé. Quel qu'en soit le libellé exact, le Pacte sera une étape déterminante du rétablissement de la confiance des Canadiens, de la réaffirmation de leur volonté collective de conserver un régime d'assurance-santé et de l'expression claire et décisive d'une vision de l'avenir et d'attentes à l'égard du système de santé du Canada qui témoignent de leurs valeurs.

Responsabilités et droits des gouvernements

Les gouvernements :

- ont la responsabilité d'élaborer et d'administrer le système de santé dans l'intérêt public et d'une manière qui assure l'accès et un traitement équitable pour tous les Canadiens;
- ont la responsabilité de réserver un financement adéquat, stable et prévisible pour notre système de santé, d'une manière qui soit transparente pour les Canadiens;
- ont la responsabilité de collaborer les uns avec les autres et, suivant les nécessités du moment, avec le public et les professionnels de la santé pour favoriser l'innovation, et de s'assurer que le système de santé demeure adapté à la situation et viable;
- ont la responsabilité de procéder à un examen périodique du rendement et du fonctionnement du système de santé et d'en informer le public, de sorte que les Canadiens puissent prendre des décisions éclairées et contribuer au bon fonctionnement du système à la lumière de renseignements pertinents;
- ont la responsabilité de veiller à ce que les décisions touchant l'orientation future de notre système de santé soient prises selon des principes de transparence et de responsabilité envers tous; cela signifie qu'il faut établir des buts, des cibles et des indicateurs pour le système, mesurer les performances et informer le public;
- ont la responsabilité de veiller à ce que les services de santé soient fournis d'une manière qui assure la souplesse nécessaire pour tenir compte des circonstances et des besoins locaux;
- ont la responsabilité d'établir des mécanismes appropriés qui permettent au public et aux professionnels de la santé d'avoir une part constructive dans les décisions qui touchent l'avenir de notre système de santé;
- ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques publiques favorables à la santé de la population;
- ont le droit de voir reconnus et respectés les rôles et les responsabilités qui correspondent à leur domaine de compétence lorsqu'ils définissent pour l'avenir les nouvelles orientations du système de santé.

Les Canadiens et leurs représentants élus peuvent choisir d'adopter ou de modifier le Pacte proposé. Quel qu'en soit le libellé exact, le Pacte sera une étape déterminante du rétablissement de la confiance des Canadiens, de la réaffirmation de leur volonté collective de conserver un régime d'assurance-santé et de l'expression claire et décisive d'une vision de l'avenir et d'attentes à l'égard du système de santé du Canada qui témoignent de leurs valeurs.

DÉFINIR LA VISION DE L'AVENIR : LEADERSHIP NATIONAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

RECOMMANDATION 2 :

Il conviendrait qu'un Conseil de la santé du Canada soit créé par le gouvernement fédéral et par les provinces et territoires pour faciliter la coopération et instituer un leadership national permettant d'obtenir les meilleurs résultats au monde dans le domaine des soins de santé. Le Conseil de la santé devrait profiter de l'infrastructure actuelle de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

RECOMMANDATION 3 :

Dans un premier temps, le Conseil de la santé du Canada devrait :

- **établir des indicateurs communs et mesurer le rendement du système de santé;**
- **établir des repères, recueillir des renseignements et faire des rapports publics sur les efforts visant à améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et les résultats des soins dans le système de santé;**
- **coordonner les activités actuelles d'évaluation des technologies de la santé et effectuer des évaluations indépendantes des technologies, y compris de leurs effets sur la prestation des soins dans les régions rurales et éloignées et des profils d'exercice pour les différents dispensateurs de soins de santé.**

RECOMMANDATION 4 :

À long terme, le Conseil de la santé du Canada devrait de façon constante, exercer une fonction de consultation et de coordination pour la transformation des soins de santé primaires, l'élaboration de stratégies nationales pour le personnel de la santé au Canada et le règlement des différends dans le cadre d'une *Loi canadienne sur la santé* actualisée.

Nouvelle conception du leadership national

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont une responsabilité partagée pour différents éléments de notre système de santé. Malheureusement, la capacité des gouvernements de travailler ensemble dans ce cadre a été mise à l'épreuve par de retentissantes polémiques. Le projet de Pacte canadien sur la santé pourra être une première étape en vue de résoudre ces différends et de parvenir à une conception commune.

En fait, le temps est venu pour les pouvoirs publics de concentrer leur attention sur une vision collective de l'avenir plutôt que sur des questions de compétence ou de financement, lesquelles ont été l'objet de débats intergouvernementaux pendant une grande partie de la dernière décennie. Cette vision collective doit être orientée vers une réforme efficace et vers la modernisation du système. Elle doit mettre en évidence les priorités des Canadiens. En fin de compte, l'objectif commun des gouvernements canadiens actuels et futurs devrait être de faire

en sorte que le Canada soit et demeure le pays où l'état de santé de la population est le meilleur au monde. Atteindre ce but prendra du temps et nécessitera une action concertée et collective. Mais ce but est accessible si les gouvernements, les dispensateurs de soins et le public manifestent une volonté commune et concrétisent leurs intentions par une action décisive.

En même temps, il serait injuste de supposer que les problèmes de gestion publique de notre système de santé découlent seulement d'un manque de vision nette de l'avenir. Il faut prendre en considération les problèmes fonctionnels touchant l'interaction entre nos gouvernements. Ces problèmes sont les suivants :

- **Le mauvais fonctionnement des relations intergouvernementales** — Aucun gouvernement en particulier ne possède un pouvoir constitutionnel clairement défini à l'égard de notre système de santé. Les Canadiens ne savent donc pas toujours avec certitude quel ordre de gouvernement assume la responsabilité de certaines questions et du bon rendement du système. Ces dernières années, les gouvernements ont abordé cette difficulté en s'engageant à « clarifier les rôles et les responsabilités » et à « réduire le double emploi et les chevauchements ». Bien que ce soit là des efforts utiles pour rationaliser la gestion publique de notre système de santé, la réalité veut que, de par la nature même de notre constitution — et de notre système de santé proprement dit — il soit impossible de répartir la gestion de tous les aspects des soins de santé entre des « domaines » fédéraux ou provinciaux nettement délimités. Les débats intergouvernementaux peuvent s'avérer efficaces pour définir et atteindre des objectifs nationaux, mais depuis quelques années, ces débats sont devenus complexes, voire même improductifs (Boychuk 2002). Les représentations faites devant la Commission ont donc laissé entrevoir que les conflits et le manque de confiance entre les gouvernements sont de graves obstacles au fonctionnement harmonieux et à la durabilité du régime d'assurance-santé.
- **Des mécanismes intergouvernementaux caractérisés par un manque d'apport du public** — Les relations intergouvernementales obéissent à des rouages complexes. Outre les rencontres périodiques des ministres et sous-ministres de la Santé, on compte actuellement des douzaines de groupes de travail et plusieurs institutions indépendantes qui participent à la définition des politiques et des approches nationales en matière de soins de santé. Peu de Canadiens comprennent ce système, et plus rares encore sont ceux qui comprennent comment sont pris en compte leurs besoins, leurs idées ou leurs attentes (O'Reilly 2001). Manifestement, il conviendrait de rationaliser le processus des relations intergouvernementales et, chose plus importante encore, d'établir de nouveaux mécanismes pour accroître la transparence et rendre possible la participation du public (Abelson et Eyles 2002).

« Il faut que cessent les accusations réciproques; les gouvernements doivent trouver un moyen de travailler ensemble; autrement, ils risquent de faire perdre aux Canadiens ce à quoi ils tiennent le plus. »

ASSOCIATION CANADIENNE DES INSTITUTIONS DE SANTE UNIVERSITAIRES, 2002. MÉMOIRE.

« Nous n'avons pas atteint le stade où nous devrions rejeter une collaboration entre les deux paliers de gouvernement dans le domaine de la santé. Nous pensons qu'il est nécessaire de développer un système de santé selon le principe de la collégialité, afin de permettre aux deux gouvernements de prendre les mesures voulues pour la réforme du système. »

CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC. EXPOSÉ A L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUEBEC.

- La nécessité d'un leadership stable et durable — Pour établir et alimenter une vision nationale des soins de santé, il faut un leadership fort et cohérent. Cela signifie que les soins de santé doivent conserver la priorité non seulement pour chacun des gouvernements, mais aussi pour tous les gouvernements travaillant ensemble (Adams 2001). Heureusement, nous avons déjà parcouru la moitié du chemin. Étant donné leur importance, les soins de santé sont déjà l'un des principaux objets de discussion dans les conseils des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux. À l'échelon intergouvernemental, les soins de santé sont, de façon générale, pris en considération par les ministres de la Santé et des Finances et, depuis quelques années, par les premiers ministres des gouvernements du Canada. Malheureusement, en dépit de la haute priorité accordée aux soins de santé dans les programmes de nos gouvernements, nous n'avons pas d'approche cohérente qui assure un leadership et une orientation à long terme. Trop souvent, de simples tâches de gestion du système sont noyées dans des considérations politiques en raison de conflits d'intérêt et de divergences de vues sur les objectifs. Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux sont dans une excellente position pour définir des orientations stratégiques; cependant, les ministres et leurs sous-ministres changent si fréquemment que peu d'entre eux restent en poste plus d'un an ou deux. Cette situation fait ressortir la nécessité de mettre en place un mécanisme stable, tel que le Conseil de la santé du Canada, qui servirait de source permanente où l'on pourrait puiser des conseils et de l'information.

Ces réflexions inspirent les considérations suivantes :

- L'instauration d'un système de santé national efficace va nécessiter une meilleure collaboration fédérale-provinciale-territoriale en ce qui concerne les priorités nationales et les principaux défis à relever pour répondre aux besoins de tous les Canadiens.
- La restauration de la confiance et l'établissement d'une vision nationale devraient constituer l'un des principaux objectifs à atteindre pour définir tout nouveau processus de relations intergouvernementales.
- Dans le domaine de la santé, il faut rationaliser le processus de relations intergouvernementales et améliorer son imputabilité, sa transparence et sa capacité de tenir compte des opinions des Canadiens.
- Le leadership des ministres et sous-ministres de la Santé doit être fort, cohérent et durable pour que le système de santé soit géré dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Rôle du Conseil de la santé du Canada

Pour assurer un leadership national, le Conseil de la santé du Canada devrait avoir le mandat suivant :

- faire office de mécanisme efficace et impartial pour la cueillette et l'analyse de données sur le rendement du système de santé;
- faire des analyses et donner des conseils stratégiques aux ministres et sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur des questions importantes concernant les politiques de la santé qui sont en vigueur ou envisagées;
- rechercher l'apport et les conseils du public et des professionnels de la santé au sujet de questions touchant les politiques stratégiques.

Enfin, le Conseil devrait être un outil au service de la collaboration, susceptible d'orienter les réformes et d'accélérer la modernisation du système de santé en « dépolitisant » et en rationalisant

certains aspects des relations intergouvernementales. Il devrait aussi être un outil polyvalent, qui effectue des analyses et donne des conseils sur des questions nationales importantes en matière de santé.

Priorités immédiates

Le Conseil devrait tout de suite porter son attention sur trois domaines prioritaires qu'il est urgent de prendre en considération pour stabiliser et améliorer le système de santé.

- **Accélérer l'établissement d'indicateurs communs et mesurer le rendement du système de santé** — Les pouvoirs publics et les organismes de santé ont besoin d'une meilleure information pour guider les décisions de principe, effectuer des choix et assurer la meilleure utilisation possible des ressources dans notre système de santé. Le public exige une responsabilisation accrue et veut être informé périodiquement de manière à pouvoir juger des résultats obtenus. Le Conseil de la santé du Canada doit prioritairement établir un cadre national d'examen du rendement reposant sur les travaux effectués par le Comité fédéral-provincial-territorial chargé de faire rapport sur les indicateurs de rendement, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. Ce cadre devrait comprendre des définitions communes et des indicateurs de rendement comparables sur l'état de santé, les résultats, la qualité des services et les exigences en matière de rapport.

  Les travaux du Conseil devraient permettre de produire des rapports annuels destinés au public et aux gouvernements, lesquels seraient largement diffusés, étudiés et débattus dans tout le pays. Les rapports annuels du Conseil destinés aux Canadiens devraient comprendre les éléments essentiels énumérés dans l'encadré qui suit.

Rapports annuels de rendement du Conseil de la santé du Canada

Chaque année, le Conseil de la santé du Canada devrait présenter aux Canadiens un rapport sur les points suivants :

- l'état de santé des Canadiens, avec des données permettant de faire des comparaisons internationales, d'établir les variations dans l'ensemble du pays et d'apporter graduellement des améliorations;
- le rendement du système de santé, ici encore avec des données permettant de faire des comparaisons internationales, de signaler les variations significatives régionales ou autres et de faire ressortir les améliorations;
- les progrès accomplis dans l'élaboration de mesures et d'indicateurs communs du rendement, dont les temps d'attente pour certains services et traitements et les difficultés dans les régions rurales et éloignées;
- les résultats obtenus par les structures intergouvernementales, les organismes et les organisations ainsi que les recommandations concernant les améliorations à apporter;
- les tendances dans la disponibilité et la répartition géographique des dispensateurs de soins de santé et un rapport d'étape sur les activités du Conseil en vue de résoudre les questions ayant trait aux ressources humaines en santé ainsi qu'aux résultats et aux pratiques exemplaires;
- les pratiques exemplaires appliquées au Canada et les initiatives en vue d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité;
- les résultats de l'évaluation des technologies d'intérêt général;
- les progrès accomplis relativement aux initiatives touchant les soins de santé primaires;
- les questions en litige parmi les gouvernements et la façon dont elles sont résolues.

certains aspects des relations intergouvernementales. Il devrait aussi être un outil polyvalent, qui effectue des analyses et donne des conseils sur des questions nationales importantes en matière de santé.

Priorités immédiates

Le Conseil devrait tout de suite porter son attention sur trois domaines prioritaires qu'il est urgent de prendre en considération pour stabiliser et améliorer le système de santé.

- **Accélérer l'établissement d'indicateurs communs et mesurer le rendement du système de santé** — Les pouvoirs publics et les organismes de santé ont besoin d'une meilleure information pour guider les décisions de principe, effectuer des choix et assurer la meilleure utilisation possible des ressources dans notre système de santé. Le public exige une responsabilisation accrue et veut être informé périodiquement de manière à pouvoir juger des résultats obtenus. Le Conseil de la santé du Canada doit prioritairement établir un cadre national d'examen du rendement reposant sur les travaux effectués par le Comité fédéral-provincial-territorial chargé de faire rapport sur les indicateurs de rendement, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. Ce cadre devrait comprendre des définitions communes et des indicateurs de rendement comparables sur l'état de santé, les résultats, la qualité des services et les exigences en matière de rapport.

  Les travaux du Conseil devraient permettre de produire des rapports annuels destinés au public et aux gouvernements, lesquels seraient largement diffusés, étudiés et débattus dans tout le pays. Les rapports annuels du Conseil destinés aux Canadiens devraient comprendre les éléments essentiels énumérés dans l'encadré qui suit.

Rapports annuels de rendement du Conseil de la santé du Canada

Chaque année, le Conseil de la santé du Canada devrait présenter aux Canadiens un rapport sur les points suivants :

- l'état de santé des Canadiens, avec des données permettant de faire des comparaisons internationales, d'établir les variations dans l'ensemble du pays et d'apporter graduellement des améliorations;
- le rendement du système de santé, ici encore avec des données permettant de faire des comparaisons internationales, de signaler les variations significatives régionales ou autres et de faire ressortir les améliorations;
- les progrès accomplis dans l'élaboration de mesures et d'indicateurs communs du rendement, dont les temps d'attente pour certains services et traitements et les difficultés dans les régions rurales et éloignées;
- les résultats obtenus par les structures intergouvernementales, les organismes et les organisations ainsi que les recommandations concernant les améliorations à apporter;
- les tendances dans la disponibilité et la répartition géographique des dispensateurs de soins de santé et un rapport d'étape sur les activités du Conseil en vue de résoudre les questions ayant trait aux ressources humaines en santé ainsi qu'aux résultats et aux pratiques exemplaires;
- les pratiques exemplaires appliquées au Canada et les initiatives en vue d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité;
- les résultats de l'évaluation des technologies d'intérêt général;
- les progrès accomplis relativement aux initiatives touchant les soins de santé primaires;
- les questions en litige parmi les gouvernements et la façon dont elles sont résolues.

On constate un chevauchement marqué des activités envisagées pour le Conseil de la santé du Canada -- qui consisteraient à mesurer et à évaluer le rendement du système — et certaines activités de l'ICIS, issu lui-même d'un partenariat entre le gouvernement fédéral et les provinces. L'important travail actuellement accompli par l'ICIS doit, de plusieurs façons, constituer l'armature statistique et analytique des activités du Conseil de la santé. C'est pourquoi l'ICIS devrait être officiellement intégré au Conseil.

- **Faire des rapports sur des questions touchant l'accès, la qualité et les dispensateurs de soins** — Les Canadiens s'inquiètent de l'accessibilité au système de santé et de la qualité des soins, de même que de la capacité du système à dispenser des soins sûrs et fiables. Les difficultés liées à l'accès au système touchent particulièrement les régions éloignées et rurales du Canada où les ressources sont assez limitées. Pour les résoudre, il faut des données complètes et fiables sur la disponibilité des dispensateurs de soins et sur leur répartition géographique. Travaillant en collaboration avec des organisations non gouvernementales telles que le Comité directeur national sur la sécurité des patients, qui est un comité multilatéral, et le Conseil canadien d'agrément des services de santé, qui offre un agrément aux organisations de santé qui le désirent, le Conseil de la santé du Canada pourrait jouer un rôle déterminant dans la cueillette et l'analyse des données sur toutes ces questions importantes, notamment les repères nationaux pour la qualité et la sécurité des patients et l'analyse en profondeur des moyens d'améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales et éloignées.

  Actuellement, l'ICIS dispose de bases de données sur les médecins, sur les infirmières autorisées et sur d'autres dispensateurs de soins de santé, dont les infirmières auxiliaires, les sages-femmes, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les ergothérapeutes, ainsi que les administrateurs et les dirigeants du secteur de la santé. Ces bases constitueraient le fondement de l'expertise analytique que devra progressivement acquérir le Conseil de la santé du Canada.
- **Évaluer les nouvelles technologies** — L'utilisation de la technologie dans notre système de santé a d'importantes répercussions sur l'efficacité et l'efficience du système. L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), un organisme fédéral-provincial, remplit un rôle prépondérant dans la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information sur les coûts et l'efficacité des technologies de la santé, de même que sur leurs effets sur les résultats des soins de santé. En tant que centre d'échange et de diffusion de l'information sur l'évaluation de la technologie, l'OCCETS joue un rôle crucial pour ce qui est de réduire le chevauchement des services parmi les provinces qui ont leurs propres organismes d'évaluation de la technologie et d'apporter un appui aux autres provinces et territoires qui ne se sont pas dotés de tels organismes. Compte tenu des progrès qui s'accomplissent dans le domaine de la technologie médicale, l'évaluation de la technologie va prendre de plus en plus d'ampleur au pays. Simultanément, les évaluations ne doivent pas être réalisées sans que l'on tienne compte de leurs effets sur tous les aspects de la santé et des soins de santé. Vu l'importance de lier les évaluations technologiques à la qualité et à l'efficacité du système de santé, la Commission estime que le mandat et les ressources de l'OCCETS devraient être intégrés dans la fonction du Conseil de la santé en tant qu'organe d'évaluation du rendement global du système. Ainsi, les Canadiens, les gouvernements et les

dispensateurs de soins disposeraient d'évaluations plus complètes de tous les aspects du système de santé, y compris des technologies. Le Conseil pourrait aussi s'assurer que les résultats des évaluations technologiques sont largement partagés avec les gouvernements, les dispensateurs de soins et le public.

Priorités à moyen et à long terme pour la transformation du système de santé

Le Conseil de la santé du Canada dont on propose la création représente une nouvelle approche, et il conviendrait de veiller à ce que son travail réponde aux besoins des Canadiens et de leurs gouvernements. Une fois que le Conseil sera établi et se sera attaqué aux priorités initiales, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourront souhaiter en étendre le mandat de manière à y inclure les domaines suivants :

- **Favoriser la prestation de soins de santé primaires** — De nouvelles stratégies sont actuellement mises au point pour les soins de santé primaires partout au pays, et les premiers ministres des provinces canadiennes ont déterminé, dans leur accord de septembre 2000, que les soins de santé primaires étaient prioritaires. Dans le chapitre 5 de ce rapport, on expose les mesures qui devraient être prises pour mettre à profit le travail accompli et donner plus d'importance aux soins de santé primaires dans l'ensemble du pays. Le Conseil de la santé peut remplir un rôle déterminant en conseillant les gouvernements quant à la mise en œuvre accélérée d'un cadre national pour les soins de santé primaires, en observant et en mesurant la réussite des nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé primaires et en recensant les obstacles au progrès.
- **Donner des conseils et assurer une coordination ayant trait à la disponibilité, à la répartition géographique ainsi qu'à l'évolution des rôles des professionnels de la santé** — De nombreuses régions du Canada sont aux prises avec des problèmes de disponibilité et de répartition géographique des professionnels de la santé, plus particulièrement dans les régions rurales et éloignées. Outre ces problèmes, le profil des soins de santé change et les fonctions traditionnelles des différents dispensateurs de soins deviennent floues. Les solutions provisoires ou aléatoires que l'on pourrait apporter ne conviennent pas. S'il applique les recommandations formulées au chapitre 4 de ce rapport, le Conseil de la santé du Canada peut jouer un rôle clé puisqu'il formulerait des avis sur les questions nationales pressantes touchant les ressources humaines en santé. Il pourrait formuler des avis — indépendamment des pouvoirs publics et des organisations de dispensateurs de soins — sur la manière dont ces questions pourraient être gérées de façon cohérente et concertée dans l'ensemble du pays. Au fil des ans, il pourrait aider les ministres de la Santé à mettre au point un cadre national pour régler des questions telles que la rémunération des professionnels de la santé.
- **Aider à résoudre les différends** — Plus tôt cette année, le ministre fédéral de la Santé a proposé une nouvelle démarche permettant d'éviter et de résoudre les différends en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En prenant comme point de départ cette proposition, de même que les modifications proposées à la *Loi canadienne sur la santé*, exposées plus loin dans ce chapitre, le Conseil pourrait remplir le rôle prépondérant d'organisme d'enquête et de médiateur dans les différends qui opposent les gouvernements. Tôt ou tard, il pourrait aussi tenir un rôle consultatif crucial en aidant les gouvernements à décider comment ils souhaitent surmonter leurs différends.

Fonctionnement et structure du Conseil de la santé

Le Conseil de la santé du Canada ne serait pas seulement un autre organisme consultatif venant s'ajouter au réseau déjà complexe de comités et de groupes d'experts qui existent aujourd'hui dans le domaine de la santé. Il devrait représenter un nouveau mode de fonctionnement. Il devrait fonctionner comme un mécanisme d'analyse et d'évaluation de grande portée qui considère comme un tout notre système national de santé. Il pourrait aussi faciliter l'apport du public relativement aux questions importantes en matière de santé. On s'attend à ce que, graduellement, le Conseil de la santé joue un rôle de premier plan en exerçant une fonction consultative auprès des gouvernements en matière de ressources humaines en santé, en coordonnant l'évaluation de la technologie, en facilitant la réforme des soins de santé primaires et en mettant au point des moyens efficaces pour mesurer le rendement du système.

Dans ce contexte, les principes de fonctionnement du Conseil devraient être les suivants :

- Le Conseil devrait faire rapport sur ses activités aux ministres et sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- Le Conseil devrait tenir compte de la constitution et des domaines de compétence des provinces et territoires et de l'État fédéral.
- Les rapports et analyses préparés par le Conseil devraient être rendus publics, sauf si, de l'avis des ministres de la Santé, des circonstances l'interdisent.
- Le Conseil devrait accorder une grande priorité à l'apport du public à son travail. Il devrait explorer des moyens de consulter régulièrement les Canadiens, notamment en tenant des assemblées publiques locales et en ayant abondamment recours à l'Internet. Il devrait aussi prendre en considération une démarche semblable à celle du « Dialogue entre Canadiens » de la Commission afin de procéder à un contrôle annuel auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens. Mais surtout, par le biais de consultations délibératives de ce genre, il pourrait inviter les Canadiens à proposer des mesures et à orienter le dialogue relatif aux politiques (Dickinson 2002).
- Le Conseil devrait établir des mécanismes de consultation périodique avec les intervenants. Plus précisément, il devrait établir un comité consultatif permanent dont feraient partie des représentants des principales professions du domaine de la santé, des milieux scientifique et universitaire, du monde des affaires, du secteur du bénévolat, du public, des groupes de santé communautaires, des autorités régionales de la santé et des hôpitaux. Par l'intermédiaire de ce comité, le Conseil pourrait périodiquement demander des conseils et des réactions sur son plan d'activités, ses priorités et ses projets spéciaux.
- Il est essentiel que le travail envisagé pour le Conseil demeure utile pour les gouvernements et pour les Canadiens. Il faudrait pour cela que les ministres de la Santé procèdent périodiquement à un examen des activités du Conseil, peut-être tous les cinq ans, afin de déterminer si son rôle devrait être élargi ou modifié.

La structure du nouveau Conseil sera déterminante pour sa pertinence et son efficacité. D'après la Commission, le conseil d'administration du Conseil de la santé devrait être nommé par consensus fédéral, provincial et territorial et comprendre :

- des représentants du public;
- des représentants des milieux universitaire, scientifique et professionnel;
- des personnes qui ont une connaissance pratique de la gestion et de la gouvernance du système de santé;
- une représentation régionale adéquate de l'ensemble du pays.

Voici un modèle de structure possible du conseil d'administration du Conseil de la santé. Outre un conseil d'administration, le Conseil de la santé devrait se doter d'un personnel professionnel et d'un directeur administratif à plein temps. Pour éviter des dépenses additionnelles et le dédoublement, les ressources et le personnel actuels de l'ICIS et de l'OCCETS devraient être intégrés à celui du Conseil de la santé. Ce dernier devrait être dirigé aussi efficacement que possible et ses coûts de fonctionnement annuels ne devraient pas dépasser les budgets réunis de l'ICIS et de l'OCCETS.

Structure possible du Conseil de la santé du Canada

Composition

- Le Conseil de la santé du Canada devrait être doté d'un conseil d'administration constitué de 14 membres, nommés par consensus des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, et avoir la composition suivante :
  - 3 représentants du public;
  - 4 dispensateurs de soins et experts reconnus pour leur compétence dans le domaine des politiques et des pratiques en matière de santé;
  - 7 membres nommés par les gouvernements et choisis de la manière suivante :
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut;
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba;
    - 1 personne nommée par l'Ontario;
    - 1 personne nommée par le Québec;
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve et du Labrador;
    - 2 personnes nommées par le gouvernement du Canada.

Désignation

- Les membres du conseil d'administration seraient nommés pour une durée de trois ans, avec la possibilité d'une nouvelle nomination pour une deuxième période de trois ans.
- Les membres du conseil d'administration auraient une responsabilité formelle « à titre de fiduciaire » envers le conseil d'administration du Conseil de la santé; la qualité de membre du conseil d'administration devrait être exercée à « titre personnel » et ne pas dépendre d'un changement d'emploi d'un membre du conseil d'administration ou changer selon son emploi.
- Il faudrait que les membres représentant une région aient été nommés avec l'approbation consensuelle des pouvoirs publics de leur région, et que chaque ordre de gouvernement participant ait la possibilité de désigner son représentant au conseil d'administration à un moment ou à un autre.
- Afin de rendre manifeste l'indépendance du Conseil de la santé et de faire en sorte que la personne qui préside le conseil d'administration soit clairement responsable devant le Conseil, celle-ci devrait être choisie parmi les membres du conseil d'administration par les membres eux-mêmes. La candidature de cette personne devrait être présentée aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé pour que la nomination soit confirmée par consensus.

Voici un modèle de structure possible du conseil d'administration du Conseil de la santé. Outre un conseil d'administration, le Conseil de la santé devrait se doter d'un personnel professionnel et d'un directeur administratif à plein temps. Pour éviter des dépenses additionnelles et le dédoublement, les ressources et le personnel actuels de l'ICIS et de l'OCCETS devraient être intégrés à celui du Conseil de la santé. Ce dernier devrait être dirigé aussi efficacement que possible et ses coûts de fonctionnement annuels ne devraient pas dépasser les budgets réunis de l'ICIS et de l'OCCETS.

Structure possible du Conseil de la santé du Canada

Composition

- Le Conseil de la santé du Canada devrait être doté d'un conseil d'administration constitué de 14 membres, nommés par consensus des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, et avoir la composition suivante :
  - 3 représentants du public;
  - 4 dispensateurs de soins et experts reconnus pour leur compétence dans le domaine des politiques et des pratiques en matière de santé;
  - 7 membres nommés par les gouvernements et choisis de la manière suivante :
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut;
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba;
    - 1 personne nommée par l'Ontario;
    - 1 personne nommée par le Québec;
    - 1 personne nommée par consensus des gouvernements du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve et du Labrador;
    - 2 personnes nommées par le gouvernement du Canada.

Désignation

- Les membres du conseil d'administration seraient nommés pour une durée de trois ans, avec la possibilité d'une nouvelle nomination pour une deuxième période de trois ans.
- Les membres du conseil d'administration auraient une responsabilité formelle « à titre de fiduciaire » envers le conseil d'administration du Conseil de la santé; la qualité de membre du conseil d'administration devrait être exercée à « titre personnel » et ne pas dépendre d'un changement d'emploi d'un membre du conseil d'administration ou changer selon son emploi.
- Il faudrait que les membres représentant une région aient été nommés avec l'approbation consensuelle des pouvoirs publics de leur région, et que chaque ordre de gouvernement participant ait la possibilité de désigner son représentant au conseil d'administration à un moment ou à un autre.
- Afin de rendre manifeste l'indépendance du Conseil de la santé et de faire en sorte que la personne qui préside le conseil d'administration soit clairement responsable devant le Conseil, celle-ci devrait être choisie parmi les membres du conseil d'administration par les membres eux-mêmes. La candidature de cette personne devrait être présentée aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé pour que la nomination soit confirmée par consensus.

ACTUALISER LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

RECOMMANDATION 5 :

Il faudrait actualiser la *Loi canadienne sur la santé* et lui donner plus de poids :

- **en confirmant les principes de la gestion publique, de l'universalité et de l'accessibilité, en actualisant les principes de la transférabilité et de l'intégralité et en établissant un nouveau principe, celui de la l'imputabilité;**
- **en accroissant la liste des services de santé assurés de sorte qu'elle ne se limite pas aux services hospitaliers et médicaux, mais qu'elle englobe immédiatement les services de soins à domicile ciblés, puis, ultérieurement, les médicaments d'ordonnance;**
- **en clarifiant la couverture en ce qui concerne les services diagnostiques;**
- **en incluant un mécanisme de règlement des différends efficace;**
- **en établissant un transfert spécial en matière de santé, directement lié aux principes et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.**

La *Loi canadienne sur la santé* a été profitable pour les Canadiens. Sous bien des angles, elle est devenue un symbole auquel ils s'identifient. Les Canadiens considèrent cette loi comme une institution, et ses cinq principes, comme le reflet fidèle de leurs valeurs. C'est pourquoi la *Loi canadienne sur la santé* est pour ainsi dire réfractaire au changement. En fait, la plupart des Canadiens refuseraient d'accepter passivement des changements qui viendraient détruire ce symbole de leur identité.

En même temps, les Canadiens comprennent que bien des choses ont changé depuis l'époque lointaine où l'assurance-santé a été instaurée, c'est-à-dire lorsque le système de santé pouvait se définir de façon générale par deux mots : hôpitaux et médecins. Force est de constater que les nouvelles technologies, les nouveaux traitements, les nouveaux tests diagnostiques, l'augmentation du nombre de personnes traitées et soignées à domicile et le rôle croissant des médicaments d'ordonnance sont autant de facteurs qui obligent à adapter le système de santé à une ère de changements. Les Canadiens comprennent que bien des mesures peuvent être prises pour prévenir les maladies et les accidents, et ils s'attendent à un meilleur équilibre au sein de leur système de santé. En fait, ce qu'ils craignent le plus, c'est que leur système de santé demeure statique et immuable. L'enjeu crucial consiste donc à actualiser la *Loi canadienne sur la santé* tout en respectant fidèlement les attentes et les valeurs des Canadiens.

Principes d'une *Loi canadienne sur la santé* actualisée

Au départ, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* n'étaient que de simples conditions liées au financement de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral. Au fil des ans, ce concept s'est grandement élargi. Aujourd'hui, ces principes représentent aussi bien les valeurs qui sous-tendent le système de santé que les conditions imposées par les gouvernements pour le financement public d'un système national de santé. Les principes ont résisté à l'épreuve du temps et correspondent toujours aux valeurs de la population canadienne. En particulier, les principes

de la gestion publique, de l'universalité et de l'accessibilité sont aussi pertinents et essentiels aujourd'hui qu'ils l'étaient au moment où ils ont été adoptés. En revanche, les principes de la transférabilité et de l'intégralité ont besoin d'être peaufinés en fonction des réalités des soins de santé offerts au XXIe siècle. Toutefois, on devrait ajouter à la nouvelle *Loi canadienne sur la santé* un sixième principe qui tiendrait compte du souhait exprimé par les Canadiens à l'endroit d'un accroissement de l'imputabilité au sein du système de santé.

Principe 1 : Gestion publique

Le principe de la « gestion publique » doit être conservé. Il établit un système à payeur unique pour les services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Il suppose que les régimes provinciaux d'assurance-santé soient gérés sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement provincial ou territorial.

Ce principe fait en sorte qu'un système à payeur unique demeure la pierre angulaire du système canadien. Comparativement à un système d'assurance privé à payeurs multiples, un système à payeur unique présente deux avantages importants : il permet de mieux contrôler les coûts et il favorise un accès équitable (Maynard et Dixon 2002).

Par ailleurs, les frais d'administration (facturation, passation des contrats, bilan de l'utilisation et marketing) d'une assurance privée sont très élevés. En effet, une assurance privée a besoin d'une infrastructure de grande ampleur pour évaluer les risques, fixer les primes, concevoir des ensembles complexes d'indemnités, examiner les réclamations et payer (ou refuser de payer) les montants réclamés par les assurés. En outre, l'offre d'exemptions fiscales aux citoyens pour les encourager à contracter une assurance privée et l'utilisation des recettes fiscales pour assurer les membres les plus démunis (et généralement les plus malades) de la société sont deux mesures inefficaces et rétrogrades (Mossialos et Dixon 2002).

Un système à payeur unique est plus rentable, car il est géré par un seul agent qui est soit le gouvernement, soit un organisme délégué par celui-ci. Il permet d'éviter qu'on gaspille des ressources considérables pour traiter les formulaires de demandes d'indemnité d'une multitude d'entreprises. Il fait également en sorte que les dispensateurs de soins — notamment les médecins et leurs employés — n'aient pas à payer les frais généraux associés au recouvrement des montants facturés à leurs patients.

Il y a plus d'une décennie, Woolhandler et Himmelstein (1991) ont estimé que les Canadiens dépensaient deux tiers de moins que les Américains au chapitre de l'administration des soins. Leur analyse a largement été confirmée par le General Accounting Office (1991) et le Congressional Budget Office (1991) des États-Unis. Dans leur rapport le plus récent, les auteurs (Woolhandler et al. 2002) concluent que chaque Canadien paie en frais d'administration 325 $ par année (pour une facture totale de près de 10 milliards de dollars); par comparaison, chaque Américain paie 1 151 $ (pour une facture totale de 320 milliards de dollars).

Principe 2 : Universalité

Les Canadiens tiennent beaucoup à ce principe. Il faut donc le conserver en tant que symbole d'une *Loi canadienne sur la santé* renouvelée. Ce principe fait en sorte que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux offrent la même protection à tous les citoyens, selon des modalités uniformes. Allant de pair avec le principe de l'accessibilité, il témoigne de l'engagement du système à préserver et à promouvoir l'équité pour tous les Canadiens.

« Pour moi, le rôle du gouvernement fédéral devrait être de veiller à ce que, d'un océan à l'autre … les services de base soient les mêmes. »

L'ASSOCIATION DES REGIONS DU QUÉBEC. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

Principe 3 : Accessibilité

De la même façon, la Commission recommande que le principe de l'accessibilité continue de faire partie intégrante d'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé*. Ce principe constitue le « second volet » de l'engagement du système à l'égard de l'équité. L'accessibilité a été ajoutée aux principes directeurs de la *Loi canadienne sur la santé* au cours des années 1980, dans le cadre de la démarche visant à interdire les frais modérateurs et la surfacturation. Ce principe fait en sorte qu'il n'y ait pas d'obstacles, et plus particulièrement d'obstacles financiers, à l'accès au système. Pour faire valoir ce principe, il faudrait qu'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé* continue d'interdire les frais modérateurs et la surfacturation. Ensemble, les principes de l'accessibilité et de l'universalité viennent confirmer la conviction des Canadiens selon laquelle les services de santé essentiels doivent être accessibles à tous les citoyens en fonction uniquement de leurs besoins.

Principe 4 : Transférabilité

Ce principe, actuellement inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux trois situations suivantes :

- **Protection des personnes qui tombent malades ou qui subissent des accidents dans une autre province** — Si des Canadiens voyagent à l'intérieur du Canada et ont besoin de services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires pendant qu'ils se trouvent dans une autre province, ces services doivent être couverts par leur régime d'assurance-santé au taux approuvé par la province où ils sont fournis.
- **Protection des personnes qui déménagent à l'intérieur du Canada** — Les Canadiens qui déménagent d'une province à une autre doivent être couverts par leur province d'origine jusqu'à ce qu'ils satisfassent aux exigences minimales de résidence dans leur nouvelle province d'accueil. La période d'attente pour une protection dans leur nouvelle province ne peut dépasser trois mois.
- **Protection à l'extérieur du Canada** — Si des Canadiens voyagent à l'extérieur du Canada et ont besoin de services couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, ils doivent être remboursés par leur province selon le taux fixé pour ces services dans le régime provincial d'assurance-santé.

En réalité, certaines provinces ne remplissent pas toutes ces conditions. Toutes les provinces respectent les exigences minimales en matière de résidence et remplissent leurs obligations envers les personnes qui déménagent dans une autre province. De plus, toutes les provinces ont conclu des ententes de facturation réciproque en ce qui concerne les services hospitaliers fournis aux visiteurs venant d'autres provinces. En revanche, ce ne sont pas toutes les provinces qui prennent part à des ententes similaires concernant les services médicaux. Par conséquent, les personnes qui consultent un médecin pendant qu'elles visitent une autre région du pays peuvent avoir à payer directement le service fourni, puis à demander par la suite un remboursement auprès de leur province (SC 2001a). Par ailleurs, pour des raisons financières, cinq provinces refusent d'offrir à leurs résidents une protection à l'étranger, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé* (Flood et Choudhry 2002). Malgré ces incohérences, le gouvernement fédéral n'a

jamais réduit les transferts de fonds aux provinces qui ne se plient pas aux exigences actuelles visant la transférabilité.

La transférabilité constitue un aspect fondamental de la liberté de circulation et d'établissement des Canadiens, un droit protégé par la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le défaut de garantir la protection permanente des soins de santé aux personnes qui déménagent dans une autre province porterait atteinte à la liberté de circulation et d'établissement des Canadiens. Or, il s'agit là d'un droit important du point de vue économique, puisqu'il permet aux citoyens de déménager d'une province à l'autre en fonction des possibilités d'emploi.

Toutefois, le même raisonnement ne s'applique pas à la couverture des services à l'étranger. Dans d'autres programmes sociaux, comme l'éducation, l'accès à de tels services à l'extérieur du Canada aux dépens des contribuables n'est pas prévu ni garanti. La protection des soins fournis à l'étranger devrait être considérée comme un avantage si les provinces décident de l'offrir, mais non comme un droit en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour favoriser une utilisation optimale des ressources limitées, le principe de la transférabilité ne devrait s'appliquer qu'à la circulation à l'intérieur du Canada et devrait être rigoureusement respecté dans l'avenir. Parallèlement, il faudrait inciter le gouvernement fédéral à négocier des ententes en vue de garantir la prestation de soins d'urgence aux Canadiens qui voyagent à l'étranger. Nombre de pays faisant partie de l'OCDE, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont adopté cette formule (Flood et Choudhry 2002).

Principe 5 : Intégralité

Dans sa version actuelle, la *Loi canadienne sur la santé* inclut le principe de l'intégralité. Cependant, depuis 35 ans, l'intégralité se limite aux « services de santé assurés », c'est-à-dire aux services médicalement nécessaires qui sont fournis par des hôpitaux et des médecins (y compris les services de chirurgie dentaire fournis dans les hôpitaux). Or, ce n'est pas ainsi que le commun des mortels définirait l'intégralité.

Quoi qu'il en soit, il faudrait conserver le principe de l'intégralité, non pas en tant que description de la protection offerte actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, mais en tant qu'objectif permanent. Il faudrait le redéfinir. Dans la mesure où les ressources financières le permettent et où le système de santé évolue, la définition de l'intégralité (et des services assurés par les régimes provinciaux) devrait continuer d'évoluer de manière à se rapprocher d'un continuum de soins. Il faudrait immédiatement apporter des changements afin d'inclure dans les services assurés les services diagnostiques et de soins à domicile médicalement nécessaires. À plus long terme, il faudrait périodiquement réexaminer le principe de l'intégralité et l'actualiser.

> *« Dans notre système, la communication et une idée claire de l'imputabilité font défaut… »*
>
> WILLIAM SILVER, EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE REGINA.

Principe 6 : Imputabilité

Pour le moment, la *Loi canadienne sur la santé* ne renferme pas de principe lié à l'imputabilité. Au cours du processus de consultation, les Canadiens ont exprimé des doutes profonds quant à la façon dont les gouvernements gèrent leur système de santé et quant à la répartition des ressources financières.

« J'espère que vous comprendrez notre désir d'avoir un système plus responsable et imputable, et que nous sommes, en tant que Canadiens, disposés à faire notre part pour conserver et se responsabiliser face à notre santé. Espérons qu'à long terme il en résultera une utilisation plus efficace de nos ressources. »

UN CITOYEN, DIALOGUE ENTRE CANADIENS, HALIFAX.

Le système de santé appartient aux Canadiens. Ceux-ci le financent et l'utilisent. À ce titre, ils ont le droit de savoir comment il est géré, financé et mis en œuvre et comment les responsabilités des divers aspects du système ont été réparties entre les différents ordres de gouvernement. Un nouveau principe devrait être inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*, qui confirmerait l'importance de l'imputabilité au sein du système de santé. En particulier, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral devraient assumer collectivement la responsabilité :

- de définir clairement les responsabilités et les rôles gouvernementaux ainsi que les mécanismes intergouvernementaux et les résultats escomptés;
- de garantir un financement adéquat, stable et prévisible;
- d'expliquer de façon ouverte et compréhensible comment les ressources financières sont réparties compte tenu des dimensions nationales du financement des soins de santé;
- d'informer les Canadiens sur le rendement du système de santé.

Cette imputabilité pourrait être étayée par des rapports annuels qui seraient diffusés au public par le Conseil de la santé du Canada dont on a proposé la création dans une section précédente du chapitre.

Élargir la protection du régime d'assurance-santé - À court terme et à long terme

Le principe de l'intégralité met en évidence l'écart entre les services qui devraient théoriquement être couverts par le régime d'assurance-santé et les services qui le sont effectivement en tant que « services de santé assurés » en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* actuelle. Cet écart est dû principalement à l'impossibilité pour le Trésor public de financer sur-le-champ tous les services de santé. La probité dans le domaine financier exige que les services soient ajoutés au fur et à mesure que les ressources fiscales le permettent. Au Canada, les services hospitaliers ont été les premiers à être assurés au cours des années 1950; vinrent ensuite les services médicaux, au cours des années 1960. Chaque nouvelle étape a été précédée d'un long débat au sujet des ressources nécessaires pour financer de tels services.

Par ailleurs, en raison des progrès réalisés dans le domaine de la technologie médicale et des changements survenus au niveau de la prestation des soins depuis l'instauration du régime d'assurance-santé, de nombreux services peuvent désormais être fournis en dehors des hôpitaux et par d'autres professionnels que les médecins. Depuis les années 1990, l'élargissement de la portée du régime, pour y inclure notamment les soins à domicile et les traitements par des médicaments d'ordonnance, soulève un interminable débat.

Selon la Commission, le moment est venu de franchir une autre étape cruciale. Comme on l'explique au chapitre 8, on a répertorié un ensemble de services de soins à domicile qui devraient être inclus immédiatement dans une *Loi canadienne sur la santé* actualisée. Il s'agit notamment des services de prise en charge des cas de santé mentale et d'intervention auprès de ces cas, des soins à domicile en phase post-aiguë et de réadaptation, ainsi que des soins palliatifs à domicile. D'autres services de soins à domicile pourront être ajoutés à la liste au fur et à mesure que les finances publiques le permettront.

Les médicaments d'ordonnance suscitent un large débat au Canada, tant à cause du coût croissant que les gouvernements et les particuliers doivent assumer qu'à cause du manque d'uniformité dans la couverture nationale. La Commission est d'avis que les recommandations formulées au chapitre 9 préparent la voie à l'inclusion éventuelle des traitements par médicaments d'ordonnance dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Définir plus clairement la protection offerte par la *Loi canadienne sur la santé*

Pour que le régime d'assurance-santé fonctionne bien, il doit s'adapter à la nature changeante des soins. Les services diagnostiques en constituent un bon exemple. Bon nombre, pour ne pas dire la plupart, des tests diagnostiques peuvent maintenant être réalisés de façon sûre et efficace à l'extérieur des hôpitaux. C'est d'ailleurs le cas, depuis de nombreuses années, des analyses de sang et des radiographies. Récemment, un nombre de plus en plus grand de services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie ont été dispensés dans des cliniques indépendantes spécialisées. Les services diagnostiques sont des soins médicaux essentiels de « première ligne » qui précèdent des interventions sérieuses, par exemple une intervention chirurgicale et de la chimiothérapie dans le cadre du traitement d'un cancer.

À l'heure actuelle, d'un bout à l'autre du pays, les personnes qui veulent avoir accès à des services diagnostiques avancés doivent composer avec des longues listes d'attente. Les données dont on dispose laissent entrevoir que, comparativement à d'autres pays, le Canada n'a peut-être pas suffisamment investi dans certains services diagnostiques innovateurs et plus coûteux. Un « marché privé » s'est donc développé pour offrir les services diagnostiques plus rapidement. Par exemple, le patient qui ne veut pas attendre dans le secteur public peut payer (s'il en a les moyens) des services privés d'IRM. Toutefois, si les résultats du test révèlent un problème grave nécessitant un traitement immédiat, le patient va pouvoir passer devant les autres qui attendent un diagnostic et un traitement éventuel. Une telle situation soulève un problème. L'accès à un traitement anticancéreux, par exemple, est accordé en fonction de l'urgence du besoin, qui ne peut être déterminée sans un diagnostic précis au moyen d'un ou plusieurs tests. Si de tels tests peuvent s'acheter sur le marché privé, l'accès initial n'est donc pas déterminé par le besoin mais par la capacité de payer.

Il est vrai que les principes et conditions de la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent à tous les services diagnostiques médicalement nécessaires de deux façons. Premièrement, si ces services sont fournis dans un hôpital, ils sont considérés automatiquement comme des « services de santé assurés ». Deuxièmement, s'ils sont fournis ou demandés par un médecin en tant que « services médicalement nécessaires », ils sont également assurés en vertu de la Loi. Toutefois, le problème réside dans l'expression « médicalement nécessaire ».

Pour clarifier la situation, dans une nouvelle *Loi canadienne sur la santé*, il faudrait inclure explicitement les services diagnostiques dans la définition des « services de santé assurés ». Ces services de première ligne constituent un élément essentiel d'un régime d'assurance-santé et ne devraient pas être un moyen de court-circuiter les listes d'attente dans le système public. Par conséquent, à l'exception des services qui ne sont pas médicalement nécessaires, par exemple dans le cas d'une chirurgie esthétique, tous les services diagnostiques devraient être visés par les conditions et principes de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris les interdictions concernant

les frais modérateurs (dont les frais d'établissement) et la surfacturation. Autrement dit, il faudrait modifier la *Loi canadienne sur la santé* de façon à préciser qu'elle englobe tous les services diagnostiques raisonnablement nécessaires pour évaluer la mesure dans laquelle un patient a médicalement besoin de services hospitaliers et médicaux. En cas de violations, le gouvernement fédéral serait tenu de retenir à même ses contributions au régime d'assurance-santé une somme correspondant à celle que les patients auront eux-mêmes déboursée pour des services d'IRM ou d'autres tests diagnostiques.

Cependant, cette recommandation ne permet pas de résoudre l'anomalie analysée dans le chapitre 1 en ce qui concerne l'accès à des services diagnostiques par des bénéficiaires des commissions des accidents du travail. Il ne fait aucun doute que les décisions relatives aux soins de santé rendues dans le cadre du système d'indemnisation des accidentés du travail aient joué un rôle important par le passé. Néanmoins, nombreux sont ceux qui seraient d'accord avec l'opinion exprimée par un médecin selon laquelle, aujourd'hui, un tel accès préférentiel équivaut à « sanctionner officiellement le court-circuitage des listes d'attente dans le système public » [*Traduction*] (cité dans LeBourdais 1999, 859). À vrai dire, la vaste majorité des gens croient que tous les Canadiens ont également droit à un service rapide, qu'ils occupent ou non un emploi. Les personnes âgées et les enfants, par exemple, méritent autant que les travailleurs blessés un diagnostic rapide. Pour la même raison voulant que le paiement de services diagnostiques privés soit contraire au principe fondamental du régime d'assurance-santé, il faudrait remédier dans une *Loi canadienne sur la santé* actualisée à cette forme « publique » de court-circuitage des listes d'attente.

ASSURER UN FINANCEMENT FÉDÉRAL STABLE ET PRÉVISIBLE

RECOMMANDATION 6 :

Pour assurer un financement adéquat, le gouvernement fédéral devrait établir un nouveau Transfert de fonds spécial en matière de santé. Afin d'assurer une stabilité et une prévisibilité à long terme, il faudrait inclure dans ce Transfert un facteur de progression fixé à l'avance pour des périodes de cinq ans.

RECOMMANDATION 7 :

À court terme, le gouvernement fédéral devrait fournir un financement ciblé pour les deux prochaines années, de manière à établir :

- **un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées;**
- **un nouveau Fonds des services diagnostiques;**
- **un Transfert en matière de soins primaires;**
- **un Transfert en matière de soins à domicile;**
- **un Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments.**

Comme on le mentionne dans le premier chapitre du présent rapport, le mandat de la Commission consiste principalement à formuler des recommandations visant à assurer la viabilité à long terme du système de santé. La viabilité du système repose essentiellement sur les

choix que l'on fait — améliorer le système de gouvernance et trouver le juste équilibre entre services, besoins et ressources.

L'objectif premier doit être de doter le système de santé du Canada d'un financement à long terme stable, prévisible et adéquat. En même temps, certaines difficultés immédiates doivent être surmontées afin d'améliorer l'accès des Canadiens aux services de santé. Pour atteindre ces objectifs, il faut à la fois un nouveau mécanisme de financement et des mesures ciblées à court terme.

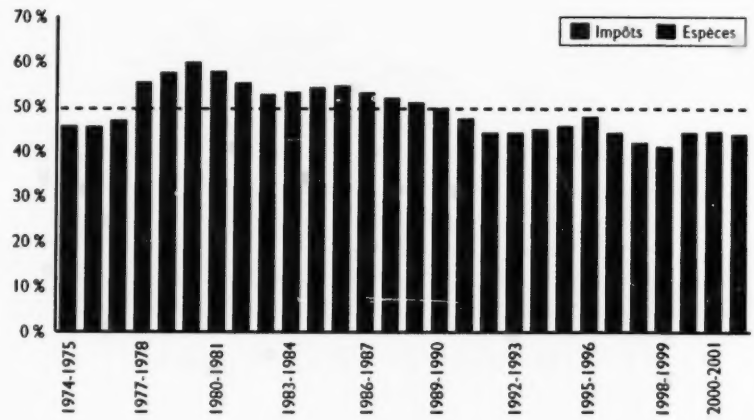
Un nouveau Transfert canadien en matière de santé

La question du partage de la « facture » des soins de santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux fait l'objet d'un lourd contentieux depuis quelques années. Celui-ci a également souffert de la complexité du mécanisme de financement au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) dont il est question au Chapitre 1 (voir aussi IIGR 2002). La Commission estime qu'un nouveau transfert devrait être créé en se basant sur la composante santé du TCSPS. Bien qu'il s'agisse d'un nouveau transfert fédéral aux provinces, il est essentiel que les deux paliers de gouvernement s'entendent sur sa base monétaire et sa structure.

Pour comprendre l'importance de la création d'un transfert spécial portant sur la santé, il faut examiner brièvement les transferts en matière de santé qui ont été au cœur du débat. En vertu de « l'entente sur l'assurance-santé » conclue à l'origine, le gouvernement fédéral partageait avec les provinces, selon une formule fondée sur un rapport de 50 à 50, toutes les dépenses *admissibles* relatives aux hôpitaux et aux médecins. Nonobstant le fait historique que le principe du partage des coûts ne s'appliquait qu'aux services que l'on viendrait à désigner services au titre de la *Loi canadienne sur la santé*, le public et les gouvernements — en particulier les gouvernements provinciaux — n'envisagent la question du partage des coûts que dans le contexte des dépenses provinciales totales en matière de santé.

La figure 2.1 illustre les contributions fédérales au financement de la santé pendant les trois dernières décennies (voir Annexe E). Le gouvernement fédéral maintien que les dépenses totales

Figure 2.1 Contribution fédérale aux dépenses provinciales et territoriales pour les services hospitaliers et médicaux, 1974-1975 à 2001-2002



Source : Annexe E.

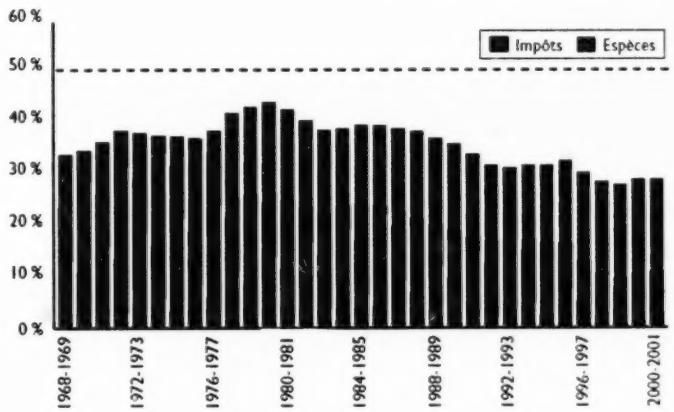
fédérales (points d'impôts et paiements en espèces) doivent être incluses dans le calcul de sa part des dépenses. En tenant compte de ce point de vue, la part fédérale des dépenses provinciales au titre *des hôpitaux et des médecins* a varié entre un sommet de presque 60 % à la fin des années 1970 et un creux d'un peu plus de 41 % à la fin des années 1990. Les provinces, par contre, considèrent la part fédérale comme étant les paiements en espèces seulement. Si on ignore les points d'impôts, on obtient un sommet d'à peu près 47 % en 1976-1977 et un creux de 14,6 % en 1998-1999.

La figure 2.2 indique que la part fédérale des dépenses provinciales totales en matière de santé a toujours été bien inférieure au seuil de 50 %, et ce même lorsque l'on tient compte de la valeur des points d'impôts. Après avoir atteint un sommet de 43 % des dépenses provinciales et territoriales totales en matière de santé en 1979-1980, la valeur des transferts fédéraux en espèces et en points d'impôts au titre de la santé a chuté à un niveau de 27,5 % en 2001-2002. Pour ce qui est des paiements en espèces, c'est en 1971-1972 que leur valeur en pourcentage des dépenses provinciales et territoriales totales a atteint son niveau le plus élevé, soit 38 %, et c'est en 1998-1999 qu'elle a atteint son niveau le plus bas, soit un peu moins de 10 %.

Lors de leurs discussions sur les transferts en matière de santé, Ottawa et les provinces ont, chacun de leur côté, tenté de présenter le passé sous l'éclairage qui leur était le plus favorable. Par exemple, le gouvernement fédéral a minimisé le fait que sa contribution aux dépenses provinciales de santé, lorsqu'elle est exprimée en pourcentage de ces dépenses, a diminué au cours des deux dernières décennies. Et, fait tout aussi important, dont il est question au Chapitre 1, le gouvernement fédéral a réussi à transférer aux provinces le risque des dépenses croissantes en matière de santé en réduisant à diverses occasions la portion de ces transferts constituée de paiements en espèces et en supprimant l'indice d'augmentation lors de la création du TCSPS.

Quant aux provinces, elles ont ignoré le transfert de points d'impôts dans leur calcul de la contribution fédérale, et ce en dépit du fait qu'elles ont fait un accueil favorable à ce transfert lorsqu'il a été institué en 1977 — elles avaient alors pris pour acquis que sa valeur augmenterait plus vite au fil des ans que celle de la contribution en espèces. En outre, elles ont continué de

Figure 2.2
Contribution fédérale aux dépenses provinciales et territoriales totales en santé, 1968-1969 à 2005-2006



Source : Annexe E.

laisser croire que l'entente initiale de partage des coûts fondé sur un rapport de 50 à 50 s'appliquait à toutes les dépenses provinciales en matière de santé plutôt qu'à une catégorie plus étroite de services au titre de l'assurance-santé.

Tous ces arguments nous éloignent des aspects les plus élémentaires du système canadien. Ils rendent moins visible le rôle que le gouvernement fédéral a joué dans le passé grâce aux transferts au titre de la santé en assurant le lancement de l'assurance-santé à l'échelle nationale et en la protégeant lorsque son fonctionnement risquait d'être compromis par des frais modérateurs et par la surfacturation. Ils nous empêchent de voir le rôle central et novateur que les provinces ont toujours exercé dans l'administration et la prestation des services de santé, notamment la création du premier modèle d'assurance-santé viable.

Quelle que soit la valeur actuelle de la contribution fédérale, certains faits doivent être reconnus. Premièrement, une fois les points d'impôts transférés en permanence aux provinces, l'entente sur l'assurance-santé reposait sur une contribution en espèces correspondant à environ 25 % des dépenses provinciales au titre de la *Loi canadienne sur la santé* après que les provinces aient obtenu l'autre moitié sous forme d'un transfert d'impôt permanent. Deuxièmement, le transfert de points d'impôts a eu pour conséquence qu'il était extrêmement difficile pour les deux niveaux de gouvernement et pour le public en général de déterminer la contribution du gouvernement fédéral à l'assurance-santé. Troisièmement, le mélange des objectifs stratégiques — le fait que la santé ait été liée à l'enseignement postsecondaire (FPÉ) et, plus tard, à l'aide sociale et aux services sociaux (TCSPS) — n'a fait que rendre les choses plus opaques. Et, quatrièmement, le gel, puis la suppression, de l'indice d'augmentation pendant les années 1990 ont réduit encore plus la prévisibilité en assujettissant les augmentations de transfert au pouvoir discrétionnaire du gouvernement fédéral.

Il est temps qu'Ottawa assume à nouveau une part plus importante du risque financier dans le domaine de l'assurance-santé. C'est pourquoi un nouveau Transfert canadien en matière de santé ne devrait comporter qu'un transfert en espèces, ce qui signifie que le TCSPS serait remplacé par un transfert en matière de santé et un transfert au titre des programmes sociaux. Les Canadiens obtiendraient ainsi une plus grande assurance qu'un montant déterminé de leurs impôts fédéraux est affecté aux soins de santé plutôt qu'à d'autres programmes ou à des réductions d'impôts. Cela exigerait qu'un certain pourcentage des recettes utilisées pour financer les régimes provinciaux et territoriaux de santé soit prélevé sur une assiette nationale, ce qui aurait pour conséquence de répartir sur l'ensemble du pays le poids du financement du programme social canadien le plus coûteux. Et on y gagnerait automatiquement en matière d'imputabilité et de transparence puisque les Canadiens pourraient discerner clairement « où va l'argent ». Compte tenu des antécédents des transferts, y compris de la contribution réelle et substantielle des transferts de points d'impôts, il est temps que les provinces se mettent d'accord sur une contribution en espèces raisonnable du gouvernement fédéral. Cette contribution en espèces, en plus d'avoir une valeur raisonnable, devrait être stable et prévisible.

En venant à la conclusion que le nouveau transfert fédéral devrait être uniquement en espèces, la Commission a considéré et puis rejeté l'idée de maintenir, ou même d'étendre, les transferts de point d'impôts. Et bien que des transferts de points d'impôts doivent en principe être stables et prévisibles (Rode et Rushton 2002), l'histoire des transferts de points d'impôts en matière de santé indique qu'ils sont rapidement ignorés et dévalués par les autorités qui les

reçoivent. En outre, il n'y a aucune garantie que les recettes provenant des points d'impôts seront affectées aux soins de santé. Enfin, et surtout, les transferts de points d'impôts enlèvent au gouvernement fédéral toute possibilité de faciliter une expansion future de l'assurance-santé ou de protéger les principes fondamentaux qui sous-tendent le système. La capacité d'Ottawa de jouer un rôle catalyseur en vue de protéger et d'amplifier le caractère national de l'assurance-santé est directement proportionnelle à la valeur de sa contribution en espèces au financement des dépenses provinciales (Maslove 1998).

Le transfert en espèces portant spécifiquement sur la santé devrait faire partie d'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé*. On pourrait ainsi établir un lien direct entre les fins stratégiques de la Loi et un mécanisme de financement stable, tout comme le financement par transfert faisait partie de la *Loi sur les soins médicaux* (1966). Le nouveau dispositif remplacerait la contribution au titre de la santé du TCSPS par un transfert qui serait uniquement et exclusivement un transfert en espèces.

Quel est le montant en espèces minimum au titre du Transfert canadien en matière de santé susceptible de faire l'objet d'une entente? Une solution consisterait à adopter la proportion initiale de 43 % du TCSPS qui a été théoriquement attribuée à la santé lorsque le TCSPS a été institué. Comme l'indique le tableau 2.1, une somme de 8,14 milliards de dollars serait retirée du TCSPS actuel, ce qui laisserait environ 10,16 milliards de dollars en espèces pour le Transfert social canadien. Le montant de 8,14 milliards de dollars comprend les augmentations en espèces au titre de la santé agréées par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le cadre de l'Accord de la Réunion des premiers ministres de septembre 2000 (voir l'Annexe E qui explique comment la répartition a été établie.)

Le Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, la science et la technologie a récemment proposé une allocation de 62 % en s'appuyant sur la position très récente du ministère des Finances selon laquelle l'allocation en espèces au titre du TCSPS affectée à la santé devrait se rapprocher des dépenses provinciales actuelles en matière de santé exprimées en pourcentage des dépenses provinciales totales en matière de santé, d'enseignement

Tableau 2.1
Formule d'allocation pour le plancher en espèces du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert social canadien

Formule d'allocation	Allocation en %	Valeur en espèces du Transfert canadien en matière de santé, 2001-2002 (en milliards de dollars)	Valeur en espèces hypothétique du Transfert social canadien, 2001-2002 (en milliards de dollars)
Tendance historique	43%	8,14 $	10,16 $
Comité du Sénat	62%	11,35 $	6,95 $

Source : Annexe E; Canada, Sénat 2002c.

reçoivent. En outre, il n'y a aucune garantie que les recettes provenant des points d'impôts seront affectées aux soins de santé. Enfin, et surtout, les transferts de points d'impôts enlèvent au gouvernement fédéral toute possibilité de faciliter une expansion future de l'assurance-santé ou de protéger les principes fondamentaux qui sous-tendent le système. La capacité d'Ottawa de jouer un rôle catalyseur en vue de protéger et d'amplifier le caractère national de l'assurance-santé est directement proportionnelle à la valeur de sa contribution en espèces au financement des dépenses provinciales (Maslove 1998).

Le transfert en espèces portant spécifiquement sur la santé devrait faire partie d'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé*. On pourrait ainsi établir un lien direct entre les fins stratégiques de la Loi et un mécanisme de financement stable, tout comme le financement par transfert faisait partie de la *Loi sur les soins médicaux* (1966). Le nouveau dispositif remplacerait la contribution au titre de la santé du TCSPS par un transfert qui serait uniquement et exclusivement un transfert en espèces.

Quel est le montant en espèces minimum au titre du Transfert canadien en matière de santé susceptible de faire l'objet d'une entente? Une solution consisterait à adopter la proportion initiale de 43 % du TCSPS qui a été théoriquement attribuée à la santé lorsque le TCSPS a été institué. Comme l'indique le tableau 2.1, une somme de 8,14 milliards de dollars serait retirée du TCSPS actuel, ce qui laisserait environ 10,16 milliards de dollars en espèces pour le Transfert social canadien. Le montant de 8,14 milliards de dollars comprend les augmentations en espèces au titre de la santé agréées par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le cadre de l'Accord de la Réunion des premiers ministres de septembre 2000 (voir l'Annexe E qui explique comment la répartition a été établie.)

Le Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, la science et la technologie a récemment proposé une allocation de 62 % en s'appuyant sur la position très récente du ministère des Finances selon laquelle l'allocation en espèces au titre du TCSPS affectée à la santé devrait se rapprocher des dépenses provinciales actuelles en matière de santé exprimées en pourcentage des dépenses provinciales totales en matière de santé, d'enseignement

Tableau 2.1
Formule d'allocation pour le plancher en espèces du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert social canadien

Formule d'allocation	Allocation en %	Valeur en espèces du Transfert canadien en matière de santé, 2001-2002 (en milliards de dollars)	Valeur en espèces hypothétique du Transfert social canadien, 2001-2002 (en milliards de dollars)
Tendance historique	43%	8,14 $	10,16 $
Comité du Sénat	62%	11,35 $	6,95 $

Source : Annexe E; Canada, Sénat 2002c.

postsecondaire, d'aide sociale et de services sociaux (y compris le développement de la première enfance) (2002c). Selon des calculs reposant sur des données de l'exercice financier 2001-2002, cela représenterait un plancher en espèces de 11,3 milliards de dollars.

Comme l'indique le tableau 2.1, plus le plancher en espèces du Transfert canadien en matière de santé sera élevé, moins le plancher en espèces du Transfert social canadien le sera. Et si on se retrouve avec un montant en espèces trop faible pour l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux, on pourrait obtenir des résultats qui, à long terme, se révéleront nuisibles au système de santé. Comme il est mentionné au Chapitre 1, les investissements qui améliorent le niveau d'éducation et réduisent les disparités de revenu ont parfois un impact à long terme important sur la santé de la population, ce qui, tout compte fait, peut réduire les coûts des services de santé. Le danger que soulève l'utilisation d'une allocation plus élevée est qu'elle limiterait directement les montants en espèces pouvant être affectés à ces autres programmes. On ne doit pas s'attaquer au sous-financement apparent de la santé en sous-finançant l'assurance sociale et l'enseignement postsecondaire. C'est pourquoi, en ce qui concerne la valeur en espèces des transferts fédéraux, la Commission a adopté une allocation de base en matière de santé égale à 43 % de la contribution en espèces actuelle au titre du TCSPS.

Si l'allocation historique est utilisée en s'appuyant sur le dernier exercice financier, le montant de 8,14 milliards de dollars correspond à près de 18,7 % des dépenses provinciales-territoriales actuelles au titre des services couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Cela n'est pas suffisant. La Commission estime, qu'au minimum, les dépenses futures fédérales devraient se baser sur sa contribution passée de 25% des dépenses provinciales et territoriales pour les services assurés par la *Loi canadienne sur la santé*.

Si on utilise le dernier exercice financier (2001-2002) comme point de référence pour accroître la contribution fédérale jusqu'au seuil proposé de 25 % des dépenses provinciales et territoriales afférentes aux services visés par la *Loi canadienne sur la santé* actuelle, il aurait fallu verser une contribution de 10,87 milliards de dollars puisque les dépenses provinciales-territoriales au titre de l'assurance-santé pour cet exercice sont estimées à 43,48 milliards de dollars. Ainsi, afin d'accroître le transfert jusqu'au seuil de 25 %, il faudrait une somme supplémentaire de 2,73 milliards de dollars. De même, pour l'exercice 2005-2006, la valeur des transferts en espèces au titre du TCSPS affectés à la santé est censée augmenter à 8,82 milliards de dollars, soit 16,7 % des dépenses provinciales-territoriales pour les services visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Si les dépenses provinciales et territoriales pour ces services passent à 53 milliards de dollars (voir Annexe E), une part fédérale de 25 % se traduirait par une contribution fédérale obligatoire en espèces d'environ 13,2 milliards de dollars en 2005-2006. Comme l'indique le tableau 2.2, une part fédérale de 25% en 2005-2006 se traduirait par un investissement additionnel d'environ 4,4 millards de dollars. Toutefois, cela n'inclut pas les investissements provinciaux supplémentaires auxquels donneraient lieu de nouveaux investissements fédéraux. Au-dela de ces augmentations, si l'éventail des services admissibles aux termes de la *Loi canadienne sur la santé* est élargi afin d'y inclure les services ciblés de soins a domicile et le financement concernant un transfert destiné a amortir l'impact catastrophique des couts des médicaments (en tant que service de soins qui, bien que non encore assujetti a tous les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, serait considéré comme un service susceptible d'etre pleinement assuré dans un proche avenir), la base en espèces sera accrue en conséquence.

Tableau 2.2
Estimés des TCSPS et financement supplémentaire requis pour le Transfert canadien en matière de santé

Année fiscale	Dépenses provinciales-territoriales relatives aux hôpitaux et aux médecins (estimées)	Transfert (TCSPS) en espèces projeté	Contribution fédérale des dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et médicaux	Transfert canadien en matière de santé - contribution fédérale de 25% pour les services hospitaliers et médicaux	Financement supplémentaire requis
	(milliards $)	(milliards $)		(milliards $)	(milliards $)
2001-2002	43,48 $	8,14 $	18,7%	10,87 $	2,73 $
2002-2003	45,52 $	8,16 $	17,9%	11,38 $	3,23 $
2003-2004	47,80 $	8,41 $	17,6%	11,95 $	3,54 $
2004-2005	50,24 $	8,67 $	17,3%	12,56 $	3,89 $
2005-2006	52,75 $	8,82 $	16,7%	13,19 $	4,37 $

Source : Annexe E.

La Commission estime donc qu'une contribution fédérale en espèces de 6,5 milliards de dollars, au minimum, doit être ajoutée au montant de base en 2005-2006, ce qui porterait l'assiette totale en espèces à 15,3 milliards de dollars.

L'investissement accru du gouvernement fédéral, en plus de cadrer avec l'entente initiale concernant l'assurance-santé, est essentiel si on veut protéger, promouvoir et renforcer le caractère national des soins publics de santé au Canada. La recommandation finale cadre également avec une proposition récente de Tom Kent (2002), un des architectes de l'assurance-santé des années 1960, qui soutient qu'un tel réinvestissement serait un préalable indispensable à la reprise par le gouvernement fédéral de son rôle de leadership avec les provinces dans l'élaboration de l'avenir de l'assurance-santé.

Un objectif clé de tout nouveau transfert ou réinvestissement de fonds devrait être de créer un financement stable et prévisible pour l'assurance-santé. Pour éviter des débats inutiles, toutefois, la Commmission croît que la progression du transfert devrait reposer (à intervalle régulier) sur un niveau convenu de dépenses projetées, déterminé par un organisme ayant la confiance des deux paliers de gouvernement. Afin d'assurer une certaine prévisibilité sur une période de cinq ans, le facteur de progression pourrait prendre la forme d'une augmentation absolue en espèces de la valeur totale du transfert.

Une solution préférable consisterait à utiliser une formule fixe comme facteur de progression. Une telle formule pourrait prendre en considération non seulement le taux de croissance des dépenses visées par la *Loi canadienne sur la santé* mais aussi la croissance de l'économie. Le facteur de progression pourrait être fixé à tous les cinq ans selon le taux de croissance de l'économie canadienne (déterminé en fonction d'une moyenne historique quinquennale mobile du PIB) multiplié par 1,25 % (au stade initial). Le coefficient de 1,25 %

Tableau 2.2
Estimés des TCSPS et financement supplémentaire requis pour le Transfert canadien en matière de santé

Année fiscale	Dépenses provinciales-territoriales relatives aux hôpitaux et aux médecins (estimées)	Transfert (TCSPS) en espèces projeté	Contribution fédérale des dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et médicaux	Transfert canadien en matière de santé - contribution fédérale de 25% pour les services hospitaliers et médicaux	Financement supplémentaire requis
	(milliards $)	(milliards $)		(milliards $)	(milliards $)
2001-2002	43,48 $	8,14 $	18,7%	10,87 $	2,73 $
2002-2003	45,52 $	8,16 $	17,9%	11,38 $	3,23 $
2003-2004	47,80 $	8,41 $	17,6%	11,95 $	3,54 $
2004-2005	50,24 $	8,67 $	17,3%	12,56 $	3,89 $
2005-2006	52,75 $	8,82 $	16,7%	13,19 $	4,37 $

Source : Annexe E.

La Commission estime donc qu'une contribution fédérale en espèces de 6,5 milliards de dollars, au minimum, doit être ajoutée au montant de base en 2005-2006, ce qui porterait l'assiette totale en espèces à 15,3 milliards de dollars.

L'investissement accru du gouvernement fédéral, en plus de cadrer avec l'entente initiale concernant l'assurance-santé, est essentiel si on veut protéger, promouvoir et renforcer le caractère national des soins publics de santé au Canada. La recommandation finale cadre également avec une proposition récente de Tom Kent (2002), un des architectes de l'assurance-santé des années 1960, qui soutient qu'un tel réinvestissement serait un préalable indispensable à la reprise par le gouvernement fédéral de son rôle de leadership avec les provinces dans l'élaboration de l'avenir de l'assurance-santé.

Un objectif clé de tout nouveau transfert ou réinvestissement de fonds devrait être de créer un financement stable et prévisible pour l'assurance-santé. Pour éviter des débats inutiles, toutefois, la Commmission croît que la progression du transfert devrait reposer (à intervalle régulier) sur un niveau convenu de dépenses projetées, déterminé par un organisme ayant la confiance des deux paliers de gouvernement. Afin d'assurer une certaine prévisibilité sur une période de cinq ans, le facteur de progression pourrait prendre la forme d'une augmentation absolue en espèces de la valeur totale du transfert.

Une solution préférable consisterait à utiliser une formule fixe comme facteur de progression. Une telle formule pourrait prendre en considération non seulement le taux de croissance des dépenses visées par la *Loi canadienne sur la santé* mais aussi la croissance de l'économie. Le facteur de progression pourrait être fixé à tous les cinq ans selon le taux de croissance de l'économie canadienne (déterminé en fonction d'une moyenne historique quinquennale mobile du PIB) multiplié par 1,25 % (au stade initial). Le coefficient de 1,25 %

correspond au rapport du taux de croissance à long terme (1960-2000) des dépenses totales en matière de santé au taux de croissance de l'économie canadienne comme le décrit le chapitre 1. Ce coefficient pourrait être révisé à tous les cinq ans afin de tenir compte des données les plus courantes.

Certains pourraient soutenir qu'il est préférable de fixer le facteur de progression à un niveau exactement égal ou inférieur au taux de croissance économique. Comme il est mentionné au Chapitre 1, toutefois, l'expérience des dernières décennies démontre que plus notre revenu augmente, plus augmente la part de ce revenu que nous *choisissons* d'affecter aux soins de santé, et ce aussi bien individuellement que collectivement par le biais de nos gouvernements. Avec ce type de facteur de progression, la croissance du Transfert canadien en matière de santé serait associée de manière réaliste au taux de croissance de l'économie canadienne.

Le pacte dont il a été question plus tôt vise à faire en sorte que les deux paliers de gouvernement s'entendent sur les principes et les objectifs fondamentaux. Par ailleurs, en procédant aux nouveaux investissements, les gouvernements devront s'entendre sur les changements qu'ils sont prêts à effectuer, tant les modifications à court terme que les changements plus fondamentaux affectant l'orientation du système. À ce stade, ils devraient également s'entendre sur le nouveau montant de base en espèces du Transfert canadien en matière de santé et sur la méthode à utiliser pour accroître sa valeur au fil des ans. Si on ne parvient pas à une entente officielle sur ces questions, alors les querelles intergouvernementales concernant la part que chacun devrait payer se poursuivront, et les réformes qu'exige le système de santé continueront d'être dominées par ces querelles. Les premiers ministres devraient être préparés à exercer le leadership nécessaire pour établir les fondements sur lesquels reposera l'assurance-santé au cours des 20 prochaines années.

Régler les problèmes de financement à court terme

La préparation et l'adoption d'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé* prévoyant le Transfert canadien en matière de santé pourraient exiger un ou deux ans. Entre-temps, des mesures concrètes s'imposent. C'est pourquoi, les deux paliers de gouvernement doivent s'engager à adopter un même ensemble de priorités. Pour y parvenir, la Commission estime que le gouvernement fédéral devrait prévoir un financement ciblé à court terme concernant ces priorités. De leur côté, les provinces et les territoires doivent comprendre que ce financement fédéral à court terme ne peut constituer un « chèque en blanc »; la planification de leurs budgets de santé dans les prochaines années doit donc être accordée à ces priorités, ce qui exigera un effort comparable ou supérieur à celui du gouvernement fédéral en regard de ces priorités. Tout cela aura pour conséquence que les deux paliers de gouvernement progresseront ensemble vers la réforme et la modernisation de notre système de santé.

Mais avant tout, il faut mettre en place des programmes de financement ciblés afin de résoudre les problèmes urgents et d'éliminer les lacunes dans le système actuel (voir tableau 2.3). Ces programmes comprennent un Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées et un Fonds des services diagnostiques. Le gouvernement fédéral devrait établir ces deux fonds le plus tôt possible et affecter à chacun 1,5 milliard de dollars. Le financement accordé aux provinces et territoires devrait être basé sur la santé de la population, c'est-à-dire qu'il devrait tenir compte de la taille, des caractéristiques démographiques (âge et sexe) et de la santé de la population desservie.

Le Fonds des services diagnostiques devrait permettre aux provinces et aux territoires d'investir davantage dans les services diagnostiques de pointe afin d'en améliorer l'accès à leurs résidents. Le Fonds pourrait être utilisé pour payer l'équipement et former le personnel nécessaire pour le faire fonctionner.

Le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées aurait pour objet d'améliorer l'accès de ces collectivités aux services offerts (voir le chapitre 7) :

- en réglant les problèmes relevés au niveau de la disponibilité et de la répartition des professionnels de la santé;
- en finançant les approches novatrices de télésanté;
- en mettant sur pied des projets de démonstration axés sur la population, de portée plus générale.

Outre ces deux fonds ciblés, il faudrait établir trois autres transferts pour amorcer une réforme du système au cours des deux prochaines années. Ces transferts ne seraient accordés aux provinces et aux territoires qu'à la condition qu'ils utilisent les fonds aux trois fins énoncées ci-dessous. Par ailleurs, les fonds leur seraient distribués en fonction du nombre d'habitants.

- **Transfert en matière de soins primaires** — Ce transfert devrait tenir compte des objectifs et du cadre présentés au chapitre 5 et devrait être le fer de lance de la réforme des soins de santé primaires à l'échelle du Canada. Il faudrait fixer le montant de ce transfert à 1 milliard de dollars à compter de 2003-2004 et prévoir investir 0,5 milliard de dollars de plus l'année suivante. Les provinces et les territoires seraient tenus d'investir les mêmes montants au cours de ces deux années.
- **Transfert en matière de soins à domicile** — Ce transfert devrait permettre d'élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* de manière à y inclure les services de soins à domicile ciblés et de mettre en œuvre les recommandations formulées au chapitre 8. L'investissement fédéral dans ce transfert devrait être de 1 milliard de dollars par année, à compter de 2003-2004.

Tableau 2.3
Financement provisoire unique en vue de la mise en place du Transfert canadien en matière de santé (en milliards de $)

	2003-04	2004-05	Financement cumulatif ciblé unique 2003-2004 à 2004-2005	Investissement supplémentaire en espèces 2005-2006
Services diagnostiques	1,5		1,5	
Régions rurales et éloignées	1,5		1,5	
Transfert en matière de soins primaires	1,0	1,5	2,5	6,5
Transfert en matière de soins à domicile	1,0	1,0	2,0	
Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments	–	1,0	1,0	
Total de l'assiette en espèces				15,32

Le Fonds des services diagnostiques devrait permettre aux provinces et aux territoires d'investir davantage dans les services diagnostiques de pointe afin d'en améliorer l'accès à leurs résidents. Le Fonds pourrait être utilisé pour payer l'équipement et former le personnel nécessaire pour le faire fonctionner.

Le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées aurait pour objet d'améliorer l'accès de ces collectivités aux services offerts (voir le chapitre 7) :

- en réglant les problèmes relevés au niveau de la disponibilité et de la répartition des professionnels de la santé;
- en finançant les approches novatrices de télésanté;
- en mettant sur pied des projets de démonstration axés sur la population, de portée plus générale.

Outre ces deux fonds ciblés, il faudrait établir trois autres transferts pour amorcer une réforme du système au cours des deux prochaines années. Ces transferts ne seraient accordés aux provinces et aux territoires qu'à la condition qu'ils utilisent les fonds aux trois fins énoncées ci-dessous. Par ailleurs, les fonds leur seraient distribués en fonction du nombre d'habitants.

- **Transfert en matière de soins primaires** — Ce transfert devrait tenir compte des objectifs et du cadre présentés au chapitre 5 et devrait être le fer de lance de la réforme des soins de santé primaires à l'échelle du Canada. Il faudrait fixer le montant de ce transfert à 1 milliard de dollars à compter de 2003-2004 et prévoir investir 0,5 milliard de dollars de plus l'année suivante. Les provinces et les territoires seraient tenus d'investir les mêmes montants au cours de ces deux années.
- **Transfert en matière de soins à domicile** — Ce transfert devrait permettre d'élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* de manière à y inclure les services de soins à domicile ciblés et de mettre en œuvre les recommandations formulées au chapitre 8. L'investissement fédéral dans ce transfert devrait être de 1 milliard de dollars par année, à compter de 2003-2004.

Tableau 2.3
Financement provisoire unique en vue de la mise en place du Transfert canadien en matière de santé (en milliards de $)

	2003-04	2004-05	Financement cumulatif ciblé unique 2003-2004 à 2004-2005	Investissement supplémentaire en espèces 2005-2006
Services diagnostiques	1,5		1,5	
Régions rurales et éloignées	1,5		1,5	
Transfert en matière de soins primaires	1,0	1,5	2,5	6,5
Transfert en matière de soins à domicile	1,0	1,0	2,0	
Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments	–	1,0	1,0	
Total de l'assiette en espèces				15,32

- **Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments** — Ce transfert de 1 milliard de dollars couvrirait 50 % des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux qui dépassent un seuil pré-établi. Il faudrait instaurer ce transfert en 2004-2005 de manière à prévoir suffisamment de temps pour la planification et la négociation. Cette nouvelle initiative est décrite en détail dans le chapitre 9. Cependant, elle vise principalement à compenser le coût élevé des régimes d'assurance-médicaments et à inciter les provinces et les territoires à élargir la protection offerte.

Ces fonds et ces transferts ciblés véhiculent un message clair : les fonds supplémentaires ne peuvent servir simplement à maintenir le statu quo. Les nouveaux fonds du gouvernement fédéral doivent en fait servir à financer le changement — un changement réel et profond, qui tient compte des priorités des Canadiens et des besoins les plus pressants et qui ouvre la voie à une transformation continue et fondamentale du système de santé canadien.

QUE SIGNIFIENT CES CHANGEMENTS POUR LES CANADIENS?

Les Canadiens ont indiqué qu'ils souhaitaient une refonte de leur système de santé. Ils veulent, bien sûr, que leurs besoins actuels soient satisfaits; mais ils veulent surtout obtenir l'assurance de la pérennité du système. Ainsi, les générations futures pourront profiter des avantages d'un système de santé efficace, accessible et de haute qualité. Pour combler ces attentes, nous devons étayer le fondement de notre démarche et nous assurer qu'il tient compte de l'évolution de la santé et du système de santé.

Les recommandations formulées dans ce chapitre constituent le fondement de toutes les autres recommandations contenues dans le présent rapport. D'abord et avant tout, elles réaffirment le bien-fondé d'un régime d'assurance-santé qui repose sur une vision commune de l'avenir.

Ces recommandations signifient que tous les Canadiens peuvent considérer qu'un nouveau Pacte canadien sur la santé sera conclu et qu'il incarnera leurs valeurs et leurs attentes à l'égard du système de santé national.

Avec la mise sur pied d'un Conseil de la santé du Canada, les Canadiens peuvent s'attendre à ce que les gouvernements et les fournisseurs de services, à l'échelle du pays, exercent un leadership énergique et unissent leurs efforts en vue d'améliorer la santé et les soins de santé.

Les Canadiens seront mieux informés au sujet de leur système de santé et de ses résultats. Grâce à cette information, ils pourront tenir leurs gouvernements et les intervenants du système de santé responsables des résultats obtenus et des progrès réalisés.

Une *Loi canadienne sur la santé* renouvelée reposant sur six principes solides établira des assises inébranlables et fera en sorte que le système de santé non seulement corresponde aux valeurs des Canadiens, mais encore continue d'évoluer en fonction de leurs besoins.

Selon les recommandations formulées dans les dernières sections de ce rapport, grâce au financement ciblé, les Canadiens devraient pouvoir constater très bientôt que des mesures seront prises pour améliorer l'accès aux services diagnostiques, aux soins à domicile et aux soins de santé primaires, ainsi que pour régler les problèmes d'accès auxquels se heurtent les collectivités

rurales et éloignées. De plus, tous les Canadiens seraient désormais couverts pour le coût élevé des médicaments d'ordonnance.

Grâce à la collaboration qui s'établirait entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux, un financement à long terme adéquat, stable et prévisible viendra mettre un terme aux querelles entourant le partage des responsabilités en matière de financement.

Ce ne sont pas de vagues promesses qui peuvent être source de débats entre les gouvernements et les professionnels de la santé pour les années à suivre. Les Canadiens se sont exprimés. À présent ils comptent bien être écoutés. Ils s'attendent à ce que les gouvernements leur fournissent la preuve tangible qu'ils vont unir leurs efforts pour réorienter les soins de santé conformément à leurs valeurs et à leurs priorités. Il appartient maintenant aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de saisir l'occasion, de conclure les ententes nécessaires, d'avancer les fonds et de montrer aux Canadiens qu'ils ont toutes les raisons d'avoir confiance en l'avenir de leur système public de santé.

L'INFORMATION, LES DONNÉES, LES IDÉES

Orientations proposées

- ***Faciliter la création d'un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien, en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires.***
- ***Prendre des mesures claires pour protéger le caractère confidentiel des renseignements de santé personnels, notamment en modifiant le* Code criminel du Canada.**
- ***Fournir aux Canadiens, aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs, de meilleurs renseignements sur la santé qui pourront les guider dans leurs décisions.***
- ***Augmenter la portée, l'efficacité et la coordination de l'évaluation des technologies de la santé dans tout le Canada.***
- ***Créer quatre centres de recherche pour l'innovation en santé qui combleront les lacunes qu'accuse la recherche appliquée dans différentes composantes du système canadien de santé, dont la santé dans les régions rurales et éloignées, les ressources humaines en santé, la promotion de la santé et la politique relative aux produits pharmaceutiques.***
- ***Consolider les liens avec les chercheurs d'autres régions du monde ainsi qu'avec les décideurs de tout le pays.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

On ne cesse de nous répéter que le XXI[e] siècle est une ère d'information et de résultats, une époque où les clés du progrès et du succès résident dans notre aptitude à innover, à tirer parti de données nouvelles et probantes et à transformer les idées en nouvelles réalisations, en nouveaux services et en nouvelles solutions. En santé, l'information, les données probantes et les idées nous offrent la possibilité de découvrir les remèdes à nombre de maladies, d'identifier la source génétique des maladies chroniques, de donner aux professionnels de la santé accès à l'information de pointe sur de nouveaux traitements ou médicaments, d'améliorer la qualité et

la sûreté des soins dispensés par le système de santé et, surtout, de laisser les patients gérer et prendre soin de leur propre santé.

Certains se demanderont peut-être pourquoi l'information fait l'objet d'un chapitre si proéminent en début du rapport sur l'avenir du système canadien de santé. La réponse est que l'information de fine pointe, l'évaluation des technologies et la recherche constituent les fondements de toutes les réformes dont il sera question dans les chapitres subséquents du rapport. De plus, la recherche en santé — plus particulièrement la recherche biomédicale et scientifique — constitue une branche de plus en plus importante de l'économie canadienne du savoir et une grande source d'emplois hautement spécialisés et bien rémunérés pour des milliers de Canadiens.

Pour tirer pleinement parti du potentiel de l'information, des données probantes et des idées qui circulent dans le système de santé, il faut mettre en place l'infrastructure d'information appropriée. Il faut pour cela agir sur trois fronts majeurs et implanter les systèmes de technologie de gestion et d'information qui sont indispensables, améliorer notre capacité d'évaluer et de gérer les avantages potentiels des technologies de la santé et renforcer la capacité de recherche appliquée de tout le pays.

Ces trois objectifs sont étroitement liés. Créer l'infrastructure de la technologie de l'information permet de recueillir des données essentielles, de les compiler et de s'en servir pour prendre des décisions judicieuses et améliorer la qualité du système et les soins dispensés. Accroître notre capacité d'évaluer les nouvelles technologies nous permettra de seulement nous doter des nouveaux traitements, médicaments d'ordonnance et équipements les plus efficaces. Ainsi pourvus d'une technologie de gestion et d'information améliorée, les chercheurs pourront évaluer l'impact et l'efficacité des divers traitements et des divers modes de prestation des services de santé, en plus de mettre au point et à l'essai des découvertes et traitements nouveaux. Ensemble, ces trois éléments de l'« équation » pourront engendrer une infrastructure de l'information et des données probantes digne du XXI[e] siècle qui façonnera et orientera l'avenir du système canadien de santé, qui en accroîtra l'efficacité et, surtout, qui améliorera la santé des Canadiens.

CRÉER L'INFRASTRUCTURE DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ DU CANADA

RECOMMANDATION 8 :

Il y aurait lieu de créer un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires.

RECOMMANDATION 9 :

L'Inforoute Santé du Canada devrait continuer de coordonner l'établissement d'un cadre national pour les dossiers de santé électroniques, à partir des systèmes provinciaux, en veillant à l'interopérabilité des divers systèmes électroniques actuels d'information sur la santé et en tenant compte de certaines questions telles que l'harmonisation de la politique de protection de la vie privée et les normes de sécurité.

RECOMMANDATION 10 :

Chaque Canadien devrait assumer sa part de responsabilité en ce qui concerne l'information sur sa santé, bénéficier d'un accès aisé à ses dossiers de santé, jouir de la protection de la confidentialité de ses dossiers de santé et bénéficier d'un meilleur accès à des renseignements complets et fiables sur la santé, les services et le système de santé.

RECOMMANDATION 11 :

Il y aurait lieu de modifier le *Code criminel du Canada* de manière à protéger la vie privée des Canadiens et à éviter expressément l'utilisation abusive et malveillante de renseignements sur la santé d'une personne, en considérant toute infraction à cet égard comme un acte criminel.

RECOMMANDATION 12:

L'Inforoute Santé du Canada devrait favoriser l'acquisition de connaissances en santé en créant et en veillant à actualiser une base de données sur la santé qui donnerait aux Canadiens accès à des renseignements documentés, fiables et crédibles sur la santé et qui appuierait les efforts concertés pour promouvoir la bonne santé.

Produire des dossiers de santé personnels électroniques

La technologie de l'information a littéralement révolutionné la manière dont l'information est recueillie, stockée, partagée et utilisée. Elle est l'un des « quatre grands souffles du changement » qui s'opère dans le système de santé aujourd'hui (Decter 2000). Un système de santé de grande qualité doit pouvoir prendre appui sur de bons systèmes d'information. Ces systèmes permettent aux professionnels de la santé, aux gestionnaires et aux décideurs de mettre en commun l'information et d'étayer leurs décisions par les meilleures données probantes à leur disposition. Ils peuvent également servir à établir un lien solide entre la qualité, d'une part, et la responsabilité, de l'autre.

Le recours accru à la technologie de l'information dans le secteur de la santé profite aussi beaucoup aux patients. Ceux-ci peuvent ainsi bénéficier d'un meilleur accès à leur propre dossier de santé et acquérir des connaissances pertinentes en matière de santé, ce qui les encourage à prendre davantage en charge leur santé et à assumer une plus grande part de responsabilité dans les décisions sur les soins qu'ils reçoivent.

Les provinces et territoires, les régions sanitaires et les professionnels de la santé comprennent et reconnaissent le besoin d'améliorer et de rendre plus efficace l'utilisation de la technologie de l'information pour relever un certain nombre des défis que pose le système de santé actuel. Pourtant, en dépit de ce consensus, les progrès sont lents, les initiatives provinciales sont isolées, les efforts ne sont ni concertés ni coordonnés à l'échelle nationale, et les coûts assumés par chaque province ou territoire agissant isolément sont très élevés. Les initiatives provinciales sont motivées par des intérêts et des objectifs très divers et on se demande parfois si les projets sont mus par des priorités administratives, des intérêts commerciaux ou les intérêts des citoyens. De plus, ainsi qu'en fait état le chapitre 7, il reste encore beaucoup à faire pour doter les régions rurales et éloignées du Canada de l'infrastructure électronique de base qui facilitera le développement d'initiatives telle que la télésanté.

Jusqu'ici, l'intérêt pour les applications de la technologie de l'information s'est en grande partie centré sur les dossiers de santé électroniques. Pourquoi les dossiers de santé électroniques revêtent-ils tant d'importance?

Les dossiers de santé électroniques sont l'une des clés de la modernisation du système canadien de santé et de l'amélioration de son accès et de ses retombées pour tous les Canadiens. Un dossier de santé électronique constitue « une collecte de renseignements personnels sur la santé d'une personne, saisis ou acceptés par des fournisseurs de soins et enregistrés sur un support électronique. Le dossier peut être consulté en tout temps par les fournisseurs qui ont reçu l'autorisation de la personne concernée, au titre d'outil permettant de fournir des services de santé » (SC 2000f). Ainsi, des indications sont inscrites au dossier de santé d'une personne chaque fois qu'elle rencontre son médecin, qu'elle fait remplir une ordonnance, qu'elle subit un test de laboratoire ou qu'elle va à l'hôpital. Le dossier électronique est un relevé systématique et chronologique de toutes les interactions d'un individu avec le système de santé.

À l'heure actuelle, les renseignements d'ordre médical et administratif sont en bonne partie consignés dans des dossiers-papier. Dans la plupart des cas, ce sont les professionnels de la santé et les organisations où ils travaillent qui déterminent quels renseignements leur sont utiles et quelle forme devrait prendre ces renseignements. Aussi peut-on décrire les archives médicales actuelles comme un assortiment de données hétérogènes stockées dans des dossiers personnels distincts.

Les documents-papier sont de plus en plus anachroniques et inadéquats. Ils gênent la circulation de l'information, documentent insuffisamment les soins dispensés, font obstacle à l'intégration des services de santé, entravent la recherche et limitent l'information accessible par les administrateurs et les décideurs. Ils restreignent aussi la capacité des Canadiens à consulter leurs propres dossiers de santé et à se servir de l'information pour prendre des décisions éclairées sur leur santé et leurs soins de santé.

Par contraste, les dossiers de santé électroniques présentent de grands avantages.

- Les diagnostics, traitements et résultats peuvent être améliorés lorsque les professionnels de la santé ont accès à un dossier complet d'information sur la santé d'une personne et peuvent établir un lien entre cette information et des outils de décision clinique. Un sondage récemment effectué par l'Association médicale canadienne a révélé que plus de 76 % des médecins considèrent comme un avantage potentiel important ou très important le fait que les dossiers de santé électroniques améliorent la mise en commun des données sur le malade. De plus, 68 % d'entre eux estiment que le recours à des dossiers de santé électroniques aurait pour effet d'améliorer les processus cliniques, d'accroître l'efficacité du déroulement du travail et d'assurer la continuité des soins. Près de 60 % des répondants ont déclaré que les dossiers de santé électroniques permettraient d'améliorer la qualité des soins (Martin 2002).
- L'exactitude des informations figurant aux dossiers de santé personnels peut être accrue. À l'aide d'un dossier électronique, les renseignements consignés par les divers professionnels de la santé

« Le système des dossiers de santé électroniques est l'un de nos atouts les plus précieux. Nous pensons que le dossier de santé est le meilleur moyen d'améliorer la santé de nos patients… et de sauver du temps et de l'argent. »

GROUP HEALTH CENTRE SAULT STE. MARIE. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE SUDBURY.

seraient recueillis et stockés dans un seul dossier, lequel établirait un relevé plus complet et plus exact des antécédents médicaux d'un individu.

- L'efficacité peut être accrue. Tel que l'indique les données d'une région sanitaire, environ 30 % de la prestation des soins infirmiers est consacré à la gestion des documents-papier. Une simple réduction de 5 % du temps que le personnel infirmier accorde à la création de fiches médicales permettrait de libérer l'équivalent de 90 postes d'infirmières et d'engendrer des économies de 5 millions de dollars par année. Dans la même région, il a également été signalé que des économies pourraient être réalisées dans la gestion des maladies chroniques si les efforts étaient mieux ciblés pour accroître l'utilisation des dossiers de santé électroniques dans le domaine des soins de santé primaires (Région sanitaire de Calgary 2002a; 2002b).
- Les dossiers de santé électroniques renferment des données agrégées qui peuvent servir dans la recherche en santé et le suivi médical et qui permettent de surveiller les tendances des maladies et d'évaluer l'état de santé des Canadiens.
- La sécurité peut être accrue. Pour garantir l'accès légitime aux dossiers de santé, il faudra prendre des précautions pour que les dossiers de santé électroniques n'entravent pas l'accès aux services de santé. Les sauvegardes nécessaires devront être instaurées pour garantir que les failles du réseau ne puissent jamais faire obstacle à l'obtention des soins requis. Par ailleurs, le dossier de santé électronique d'un patient amalgamera ses divers dossiers de santé sur format papier. Ce changement aura des répercussions considérables du point de vue de la sécurité matérielle des renseignements personnels sur la santé.

> *« ...non seulement le fait de donner à chacun la possibilité de prendre connaissance de son propre dossier et antécédents médicaux garantirait que le contenu est actualisé et exact, mais permettrait aussi à chacun de prendre part aux décisions qui concernent leur santé et de faire des choix éclairés. »*
>
> ONTARIO LONG TERM CARE ASSOCIATION, 2001, MÉMOIRE.

Un système national de dossiers de santé électroniques comporte des avantages considérables pour tous les Canadiens, les dispensateurs de soins, les chercheurs et l'ensemble du système de santé.

Tous les Canadiens auraient ainsi un accès direct protégé à leurs propres dossiers de santé. On envisage comme un des scénarios possibles la création d'un site Web donnant accès aux dossiers de santé personnels électroniques qui serait semblable aux sites de transactions bancaires en ligne accessibles au moyen d'un numéro d'identification personnel. Un seul clic de la souris donnerait à l'utilisateur accès non seulement à son dossier de santé personnel, mais aussi à une vaste banque de renseignements généraux sur la santé. Forts de ces connaissances, les Canadiens pourront gérer leur propre santé plus directement.

Les professionnels de la santé pourraient compter sur des outils de décision clinique qui les aideraient à prendre leurs décisions en fonction des meilleures données probantes disponibles. Les professionnels de la santé pourraient consulter les dossiers des patients au moment de la rencontre clinique, ce qui faciliterait la gestion de quantités massives de renseignements médicaux complexes et garantirait que les professionnels de la santé disposent de renseignements complets et exacts sur la santé et les antécédents de santé des patients. Grâce aux dossiers électroniques, les médecins auraient accès aux informations de pointe, pourraient choisir la voie la plus appropriée et s'appuyer sur des résultats probants pour prendre leurs décisions.

« Il n'existe aucun organisme de coordination national, interprovincial ou pangouvernemental chargé de veiller à ce que les professionnels de la santé bénéficient d'un accès efficace et universel aux meilleures informations qui soient sur les soins des patients et sur la recherche en santé. »

ASSOCIATION DES BIBLIOTHÈQUES DE LA SANTÉ DU CANADA, 2001. MÉMOIRE.

Les chercheurs et les décideurs auraient accès à des données agrégées compilées par le système de dossiers de santé électroniques. Ces données pourraient être extraites d'une façon générique pour les fins de la recherche en santé, sans être appariées à aucun dossier électronique personnel. La Commission comprend que des chercheurs pourraient parfois souhaiter avoir accès à des renseignements sur la santé d'une personne en particulier, pour dépister certaines maladies ou pour faire le suivi de facteurs liés à la santé pendant une période donnée. Lorsque les sauvegardes seront suffisantes et qu'il aura été prouvé que le système est en mesure de préserver la confidentialité des renseignements personnels, les chercheurs devraient avoir accès à de telles données « personnalisées ». Cette information pourrait servir à suivre et à mesurer les résultats et donner lieu à une surveillance accrue de la santé aux fins de la gestion et du traitement de maladies particulières, notamment chez les malades chroniques.

Enfin, la qualité globale du système de santé peut être accrue. Le système de dossiers de santé électroniques permettrait d'accroître la capacité des gestionnaires de soins de santé et des chercheurs en santé de repérer et de réagir aux erreurs médicales ou aux problèmes qui se poseraient au système de santé tout en améliorant la sécurité du patient et la qualité des soins. À l'heure actuelle, il est difficile de bien cerner les problèmes inhérents au système de santé qui entourent la sécurité des patients pour une multitude de raisons, dont l'absence d'une infotechnologie apte à évaluer et à dépister les erreurs ainsi que la crainte de porter le blâme et de faire l'objet de litiges.

Un rôle de meneur pour l'Inforoute Santé du Canada

Impossible de nier les grandes retombées positives qu'auraient les dossiers de santé électroniques pour les Canadiens, les dispensateurs et gestionnaires de soins de santé et les pouvoirs publics. Si un certain nombre de projets sont déjà en cours d'exécution au Canada, les grands projets provinciaux progressent lentement et à grands frais. Une collaboration accrue entre les divers ordres de gouvernement permettrait certainement d'accélérer la mise en œuvre de ces projets et de réaliser des économies dont bénéficieraient tous les Canadiens.

Quelques efforts de coordination intergouvernementale ont été déployés sous l'égide du Comité consultatif sur l'infostructure de la santé (CCIS). En décembre 2000, ce comité intergouvernemental a diffusé un *Plan directeur et Plan tactique pour l'infostructure pancanadienne de la santé* où il exposait les trois priorités suivantes (SC 2000) :

- Mettre en place un système de dossiers de santé électroniques.
- Élaborer des solutions intégrées pour les intervenants, y compris des outils de décision clinique et, éventuellement, instaurer un portail des intervenants.
- Fournir aux Canadiens des renseignements sur la santé qui soient pertinents, fiables et opportuns et qui leur permettront de prendre en charge leur propre santé grâce à un réseau canadien de la santé et à des services d'autosoins et de télésoins.

Dans la foulée de l'accord des premiers ministres provinciaux de septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi la somme de 500 millions de dollars dans l'Inforoute Santé du Canada. Cet organisme indépendant à but non lucratif a pour mandat de promouvoir le

développement et la mise en place de systèmes modernes de technologie de l'information dans le but d'améliorer la prestation des soins de santé. L'Inforoute Santé s'efforce pour le moment de tirer parti des projets en cours et d'entretenir la collaboration avec les provinces et avec le Comité consultatif sur l'infostructure de la santé. La Commission estime que, la diligence aidant, le financement de l'Inforoute Santé suffira amplement à appuyer les efforts soutenus visant à créer un système national de dossiers électroniques. S'il devenait nécessaire, un financement additionnel devrait être approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Étant donné son mandat, l'Inforoute Santé est particulièrement bien placée pour mener la partie et agir comme catalyseur pour faire avancer les initiatives en matière de technologie de gestion et d'information. Il lui faudra compter sur l'appui continu des gouvernements des provinces et des territoires ainsi que du gouvernement fédéral de manière à ce que des mesures décisives et opportunes soient prises en vue de l'établissement des systèmes et réseaux nécessaires. Dans le système de la santé du Canada, un large consensus a émergé sur la nécessité absolue d'adopter des dossiers électroniques pour améliorer le système et la qualité des soins. Il faut donc agir sans tarder et créer les systèmes requis si l'on veut obtenir des résultats tangibles et concrets. Le Conseil de la santé du Canada, dont la création est suggérée dans ce rapport, devrait évaluer les progrès réalisés par l'Inforoute Santé en ce domaine dans deux ans et ses conclusions et recommandations devraient faire l'objet d'un rapport destiné aux Canadiens et aux ministres de la Santé.

Habiliter les Canadiens et protéger leur vie privée

Le passage à un système de dossiers de santé électroniques profitera de diverses façons aux Canadiens, notamment parce qu'il leur donnera aisément accès non seulement à l'information qui concerne leur propre santé, mais aussi à toute une mine de renseignements documentés et fiables sur diverses questions de santé.

Par ailleurs, nombreux sont les Canadiens qui craignent que l'information sur leur santé puisse être utilisée abusivement ou à mauvais escient. La protection de la vie privée soulève des questions sérieuses et complexes. D'une part, les Canadiens veulent être assurés que l'information sur leur santé ne sera utilisée que par ceux qui en ont besoin pour les soigner et uniquement dans certaines circonstances. Le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada a fait remarquer que le stockage électronique de données personnelles identifiables peut constituer une menace pour la vie privée. Aussi faut-il instaurer des règles qui assureront la protection des renseignements personnels sur la santé. La plupart du temps, ces règles prévoient l'obtention du consentement d'un individu avant que l'information qui le concerne soit extraite et mise en commun. D'autre part, les professionnels de la santé doivent pouvoir consulter l'information sur la santé d'un patient pour être en mesure de lui fournir les meilleurs soins possibles ainsi que pour prendre des décisions judicieuses et avoir une idée précise de l'ensemble des soins qu'il requiert. Les règles sur la protection des renseignements personnels doivent établir un juste

« De toute évidence, nous nous soucions beaucoup de la protection de l'information et des renseignements personnels sur la santé; toutefois, pour que le système puisse fonctionner d'une façon optimale, nous convenons qu'il est nécessaire d'avoir accès à l'information et de la faire circuler. »

ASSOCIATION DES CONSOMMATEURS DU CANADA. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE TORONTO.

équilibre entre la stricte obligation de protéger la vie privée et le besoin légitime et impératif de donner aux dispensateurs de soins accès à des renseignements sur la santé d'une personne, souvent dans des situations d'urgence.

Il y aurait lieu d'instaurer dans tout le pays des règles cohérentes et claires sur la protection des renseignements personnels. Pour protéger le plus possible les renseignements personnels sur la santé, il y aurait lieu de modifier le *Code criminel* pour que l'utilisation abusive ou malveillante des renseignements personnels sur la santé soit considérée comme un acte criminel. Plus précisément, seraient considérées comme des actes criminels l'obtention, l'utilisation et la mise en commun de renseignements personnels sur la santé à des fins qui ne sont pas expressément liées à la gestion de la santé d'une personne. Ces modifications devraient également interdire aux utilisateurs autorisés d'utiliser l'information à toute autre fin sans le consentement du patient concerné.

Enrichir les connaissances sur la santé

Un autre avantage important découle de la capacité du système de dossiers de santé électroniques à être plus qu'un système d'archivage et à devenir un système d'information exhaustif sur la santé. De plus en plus, les Canadiens consultent l'Internet pour obtenir des informations sur la santé. Environ la moitié des utilisateurs cherchent dans l'Internet des renseignements sur la santé (Statistique Canada 2001d). En dépit des réserves formulées du fait que les renseignements spécifiques sont difficiles à obtenir et que leur fiabilité risque d'être douteuse, la majorité de ces personnes convient que l'Internet leur permet de mieux se renseigner sur leur santé et sur des questions touchant la santé.

« Il ne suffit pas de diffuser des renseignements fiables sur la nutrition, nous devons aussi inciter les Canadiens à s'en servir. »

DIETICIANS OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE ST. JOHN'S.

Pour outiller convenablement les Canadiens et leur communiquer l'information sur la santé et sur des questions connexes, il faut une approche polyvalente, c'est-à-dire une approche qui ne s'intéresse pas uniquement à la façon dont l'information sur la santé est présentée, mais aussi à la façon dont elle est consultée, interprétée et utilisée (Jadad 1999). Plus précisément, les Canadiens doivent pouvoir compter sur :

- des bassins complets et intégrés de renseignements fiables, présentés en des formats séduisants pour l'intellect et d'un emploi convivial;
- un accès opportun à des renseignements pertinents et fiables;
- une meilleure habileté à absorber les renseignements sur la santé et à en comprendre la pertinence;
- un environnement réceptif qui leur permettra de s'appuyer sur ces renseignements pour prendre des décisions sur leur santé et leurs soins de santé.

Si l'on considère les divers sites Web qui offrent aujourd'hui de l'information sur la santé, il devient évident que le secteur public n'a pas grandement contribué à l'enrichissement des connaissances en santé de la population (SC 2001f). En revanche, le secteur privé, aux États-Unis plus particulièrement, a inondé les utilisateurs d'Internet d'informations électroniques sur la santé. Malheureusement, la fiabilité de ces renseignements est douteuse car une bonne quantité est diffusée et commanditée par des entreprises commerciales.

Une des principales sources canadiennes d'information électronique sur la santé a été jusqu'ici le Réseau canadien de la santé. Le Réseau offre 12 000 sources électroniques sur la santé en anglais et en français qui traitent de 26 thèmes, allant de la promotion de la santé et des moyens de se maintenir en santé jusqu'à de l'information sur des maladies précises comme le cancer. Ne se limitant pas à des sites et à des documents canadiens, ces sources réunissent une information internationale pertinente. De plus, le Réseau offre des liens vers des groupes de discussion sur des sujets divers ainsi qu'un guide permettant d'évaluer la qualité et la fiabilité d'autres informations sur la santé circulant sur l'Internet.

« Les Canadiens accordent une grande importance à la responsabilité individuelle et à l'obligation de rendre compte et réclament de l'information qui les aidera à faire des choix éclairés. Ils estiment aussi que les pouvoirs publics ont l'obligation de leur fournir l'information dont ils ont besoin. »

RÉUNION FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES RESPONSABLES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, 2001, MÉMOIRE.

L'Inforoute Santé devrait jouer un rôle clé dans la promotion de l'acquisition de connaissances en santé en ce qui concerne le développement d'un système de dossiers de santé électroniques, en mettant à la disposition des Canadiens une grande quantité de renseignements documentés et fiables. Elle devrait prendre appui sur les travaux déjà réalisés par le Réseau canadien de la santé et établir des liens vers d'autres sources fiables d'information électronique sur la santé. Le Réseau pourrait servir de pierre angulaire au développement d'un site Web complet sur la santé comportant des liens vers un certain nombre d'autres sites Web fiables nationaux et internationaux. L'Inforoute Santé devrait également collaborer avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à la création d'une base de données électroniques sur la santé axée sur les résultats et intégrée en cours de route au système de dossiers de santé électroniques. Il y aurait lieu d'établir des liens avec les sources d'information en santé provinciales, territoriales et régionales en particulier celles traitant de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les encadrés qui suivent illustrent comment les Canadiens peuvent tirer parti de l'accès à leurs dossiers de santé personnels et de la consultation de sources crédibles de renseignements sur la santé.

Une jeune femme apprend de son médecin qu'elle est enceinte. Comme c'est la première fois, son médecin lui donne quelques bons conseils sur ce qu'elle doit faire pour que sa grossesse se déroule sans problèmes, comme prendre des vitamines, surveiller son alimentation, faire régulièrement de l'exercice et éviter l'alcool. Elle a déjà entendu parler de plusieurs facteurs de risque et souhaite prendre tous les moyens pour les éviter. Sur Internet, elle introduit son numéro d'identification personnel qui lui donne accès à des données importantes concernant ses antécédents de santé. Par exemple, elle sait que ses antécédents familiaux de diabète pourraient avoir une incidence sur sa grossesse. Elle se met à consulter les sources d'information que le site lui offre et y trouve une mine de renseignements fiables sur la grossesse et le diabète, y compris sur les symptômes à surveiller. Elle dresse une liste des quelques questions qu'elle aimerait poser à son médecin lors de sa prochaine visite. Elle trouve également des liens vers d'autres renseignements et d'autres sources disponibles dans sa collectivité.

Une des principales sources canadiennes d'information électronique sur la santé a été jusqu'ici le Réseau canadien de la santé. Le Réseau offre 12 000 sources électroniques sur la santé en anglais et en français qui traitent de 26 thèmes, allant de la promotion de la santé et des moyens de se maintenir en santé jusqu'à de l'information sur des maladies précises comme le cancer. Ne se limitant pas à des sites et à des documents canadiens, ces sources réunissent une information internationale pertinente. De plus, le Réseau offre des liens vers des groupes de discussion sur des sujets divers ainsi qu'un guide permettant d'évaluer la qualité et la fiabilité d'autres informations sur la santé circulant sur l'Internet.

« Les Canadiens accordent une grande importance à la responsabilité individuelle et à l'obligation de rendre compte et réclament de l'information qui les aidera à faire des choix éclairés. Ils estiment aussi que les pouvoirs publics ont l'obligation de leur fournir l'information dont ils ont besoin. »

RÉUNION FÉDÉRALE-PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES RESPONSABLES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, 2001, MÉMOIRE.

L'Inforoute Santé devrait jouer un rôle clé dans la promotion de l'acquisition de connaissances en santé en ce qui concerne le développement d'un système de dossiers de santé électroniques, en mettant à la disposition des Canadiens une grande quantité de renseignements documentés et fiables. Elle devrait prendre appui sur les travaux déjà réalisés par le Réseau canadien de la santé et établir des liens vers d'autres sources fiables d'information électronique sur la santé. Le Réseau pourrait servir de pierre angulaire au développement d'un site Web complet sur la santé comportant des liens vers un certain nombre d'autres sites Web fiables nationaux et internationaux. L'Inforoute Santé devrait également collaborer avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à la création d'une base de données électroniques sur la santé axée sur les résultats et intégrée en cours de route au système de dossiers de santé électroniques. Il y aurait lieu d'établir des liens avec les sources d'information en santé provinciales, territoriales et régionales en particulier celles traitant de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les encadrés qui suivent illustrent comment les Canadiens peuvent tirer parti de l'accès à leurs dossiers de santé personnels et de la consultation de sources crédibles de renseignements sur la santé.

Une jeune femme apprend de son médecin qu'elle est enceinte. Comme c'est la première fois, son médecin lui donne quelques bons conseils sur ce qu'elle doit faire pour que sa grossesse se déroule sans problèmes, comme prendre des vitamines, surveiller son alimentation, faire régulièrement de l'exercice et éviter l'alcool. Elle a déjà entendu parler de plusieurs facteurs de risque et souhaite prendre tous les moyens pour les éviter. Sur Internet, elle introduit son numéro d'identification personnel qui lui donne accès à des données importantes concernant ses antécédents de santé. Par exemple, elle sait que ses antécédents familiaux de diabète pourraient avoir une incidence sur sa grossesse. Elle se met à consulter les sources d'information que le site lui offre et y trouve une mine de renseignements fiables sur la grossesse et le diabète, y compris sur les symptômes à surveiller. Elle dresse une liste des quelques questions qu'elle aimerait poser à son médecin lors de sa prochaine visite. Elle trouve également des liens vers d'autres renseignements et d'autres sources disponibles dans sa collectivité.

Un homme âgé qui jusqu'ici menait avec sa femme une vie active et autonome semble de plus en plus souvent désorienté et souffre de fréquentes pertes de mémoire. Son médecin confirme que ce sont les premiers signes de la maladie d'Alzheimer. Accablé par cette nouvelle, il décide de se renseigner le plus possible sur la question pour se préparer à ce qui l'attend. Il communique avec un groupe local de la Société Alzheimer et apprend qu'il peut obtenir les renseignements de pointe par le biais du système de dossiers de santé électroniques. Le couple se rend à la bibliothèque de sa municipalité et consulte l'information à l'aide du numéro d'identification personnel du mari. Même si l'ordinateur se trouve à la bibliothèque, les deux conjoints peuvent avoir accès à des renseignements confidentiels parce que le système protège leur vie privée. Ils y trouvent plusieurs renseignements utiles ainsi que de l'information sur les directives personnelles et les testaments de fin de vie qui leur permettent d'examiner diverses solutions et de prendre leurs décisions avec leurs enfants.

Un garçonnet de 12 ans vient de recevoir un diagnostic de diabète juvénile. Il lui faut dès lors vérifier ses glycémies et surveiller certains signes physiques tout au long de la journée et communiquer cette information à l'équipe d'intervenants qui s'occupe de son cas. Grâce à cette information, l'équipe peut réguler ses doses d'insuline, son alimentation et son niveau d'activité et l'aider à gérer ses soins. Le garçonnet se sert d'un réflectomètre, petit appareil semblable à un assistant numérique personnel, dans lequel il consigne les données; le soir, il branche cet appareil à son ordinateur personnel, introduit son numéro d'identification personnel et transmet les résultats à l'équipe d'intervenants. Le garçonnet et ses parents étudient l'information avec l'équipe d'intervenants lors de leurs rencontres régulières. Le numéro personnel leur donne aussi accès à d'autres renseignements sur le diabète juvénile, en particulier sur les travaux de recherche en cours pour trouver un remède.

RATIONALISER ET AMÉLIORER L'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ AU CANADA

RECOMMANDATION 13 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait prendre des mesures pour rationaliser l'évaluation de la technologie au Canada, accroître l'efficacité, l'efficience et la portée de l'évaluation, et promouvoir le recours à cette évaluation dans la prise de décisions.

Importance grandissante de l'évaluation de la technologie de la santé

Les progrès de la technologie de la santé offrent des possibilités énormes de changer la structure et la prestation des services de santé et d'améliorer la santé des Canadiens. Mais ils ont un prix. Du matériel et des produits plus variés et sophistiqués sont lancés sur le marché presque

Un homme âgé qui jusqu'ici menait avec sa femme une vie active et autonome semble de plus en plus souvent désorienté et souffre de fréquentes pertes de mémoire. Son médecin confirme que ce sont les premiers signes de la maladie d'Alzheimer. Accablé par cette nouvelle, il décide de se renseigner le plus possible sur la question pour se préparer à ce qui l'attend. Il communique avec un groupe local de la Société Alzheimer et apprend qu'il peut obtenir les renseignements de pointe par le biais du système de dossiers de santé électroniques. Le couple se rend à la bibliothèque de sa municipalité et consulte l'information à l'aide du numéro d'identification personnel du mari. Même si l'ordinateur se trouve à la bibliothèque, les deux conjoints peuvent avoir accès à des renseignements confidentiels parce que le système protège leur vie privée. Ils y trouvent plusieurs renseignements utiles ainsi que de l'information sur les directives personnelles et les testaments de fin de vie qui leur permettent d'examiner diverses solutions et de prendre leurs décisions avec leurs enfants.

Un garçonnet de 12 ans vient de recevoir un diagnostic de diabète juvénile. Il lui faut dès lors vérifier ses glycémies et surveiller certains signes physiques tout au long de la journée et communiquer cette information à l'équipe d'intervenants qui s'occupe de son cas. Grâce à cette information, l'équipe peut réguler ses doses d'insuline, son alimentation et son niveau d'activité et l'aider à gérer ses soins. Le garçonnet se sert d'un réflectomètre, petit appareil semblable à un assistant numérique personnel, dans lequel il consigne les données; le soir, il branche cet appareil à son ordinateur personnel, introduit son numéro d'identification personnel et transmet les résultats à l'équipe d'intervenants. Le garçonnet et ses parents étudient l'information avec l'équipe d'intervenants lors de leurs rencontres régulières. Le numéro personnel leur donne aussi accès à d'autres renseignements sur le diabète juvénile, en particulier sur les travaux de recherche en cours pour trouver un remède.

RATIONALISER ET AMÉLIORER L'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ AU CANADA

RECOMMANDATION 13 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait prendre des mesures pour rationaliser l'évaluation de la technologie au Canada, accroître l'efficacité, l'efficience et la portée de l'évaluation, et promouvoir le recours à cette évaluation dans la prise de décisions.

Importance grandissante de l'évaluation de la technologie de la santé

Les progrès de la technologie de la santé offrent des possibilités énormes de changer la structure et la prestation des services de santé et d'améliorer la santé des Canadiens. Mais ils ont un prix. Du matériel et des produits plus variés et sophistiqués sont lancés sur le marché presque

tous les jours. Dans leurs décisions d'acheter et d'appliquer ces nouvelles technologies, les gestionnaires des soins de santé et les décideurs doivent pouvoir se fier à la meilleure évaluation qui soit sur l'impact, les avantages et l'efficacité des nouvelles technologies sur les soins de santé et les résultats pour la santé.

L'évaluation de la technologie de la santé consiste en une évaluation systématique et de grande portée des conditions et des conséquences du recours à la technologie de la santé. Elle constitue pour les gestionnaires, décideurs et dispensateurs de soins une source d'informations pertinentes sur la sécurité, la rentabilité, l'efficacité clinique ainsi que sur les effets sociaux, juridiques et éthiques de l'application des technologies nouvelles et existantes. De fait, l'évaluation de la technologie de la santé devrait servir d'abord et avant tout les intérêts du patient — médicaux tout autant qu'économiques — et ne pas être uniquement au service de la technologie. L'évaluation a pour objet d'aider les décideurs en matière de santé, les professionnels de la santé et tout spécialement les gestionnaires d'organisations œuvrant dans le domaine de la santé à choisir, le cas échéant, d'acheter et d'utiliser les technologies nouvelles et de remplacer les anciennes par des nouvelles et à cerner les avantages qu'ils peuvent anticiper.

Compte tenu des innovations technologiques continuelles et des pressions croissantes exercées par les coûts, l'évaluation minutieuse de la technologie deviendra inévitable. Certains prétendent que les bases de connaissances évoluent et se transforment si rapidement et que les technologies et traitements nouveaux apparaissent à un rythme tel que les dispensateurs de soins ne peuvent plus se tenir au fait de tous les nouveaux développements (Davenport et Glaser 2002). Le meilleur moyen de promouvoir leur utilisation de l'information consisterait à faire en sorte que « la technologie devienne si accessible qu'il soit impossible de la contourner » [*Traduction*] (Davenport et Glaser 2002, 108).

Dans le même sens, Morgan et Hurley (2002a) estiment que les pressions inflationnistes associées aux technologies de la santé pourraient mieux être contenues par le biais de mesures qui influencent les décisions que prennent les dispensateurs de soins lors des visites cliniques de leurs patients. Autrement dit, pour que les dispensateurs de soins utilisent la technologie efficacement lorsqu'ils traitent directement avec les patients, ils doivent disposer de renseignements exacts et pertinents et être guidés par les incitatifs appropriés.

Les nouvelles technologies de la santé sont également susceptibles de soulever de graves controverses d'ordre social et éthique, en particulier en biotechnologie où les questions comme le clonage, l'eugénique ou encore les nouvelles technologies génétiques et génésiques donnent lieu à des interrogations troublantes et complexes qui dépassent les limites de la science ou de la médecine. Certains voudraient que les processus d'évaluation de la technologie soient transparents et soumis à l'obligation de rendre compte et qu'ils permettent aux citoyens canadiens d'y contribuer de façon significative (Lehoux 2002).

Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral saisissent l'importance d'évaluer avec soin une technologie de la santé avant de l'appliquer ou de l'intégrer au système de santé. Cette évaluation est essentielle pour garantir la sécurité et l'efficacité de la technologie, ainsi que pour vérifier que les investissements considérables en nouvelles technologies produisent les meilleurs résultats et des améliorations notables de la santé.

Ainsi, plusieurs provinces ont créé des organismes chargés d'évaluer les technologies de la santé, de donner des conseils stratégiques et de guider les décisions ayant trait à la technologie

de la santé. Ces organismes provinciaux sont grandement réputés pour leurs travaux, mais se heurtent à deux problèmes : tout d'abord, ils ne disposent que d'une capacité d'évaluation limitée (sur le plan des ressources tant humaines que financières) et ensuite, les efforts qu'ils déploient pour diffuser les résultats de leurs évaluations ainsi que les guides de pratique clinique et protocoles de soins sont insuffisants (Lehoux 2002). Par conséquent, un grand fossé sépare ces organismes d'évaluation des décideurs et planificateurs dont dépend l'intégration de technologies nouvelles et existantes.

Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont également collaboré à l'établissement et au financement d'un Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). La mission de l'OCCETS consiste à coordonner les évaluations des technologies de la santé partout au pays, à favoriser les échanges d'information, à mettre en commun les ressources, à coordonner les priorités en matière d'évaluation des technologies de la santé, à réduire le plus possible le dédoublement des travaux et à effectuer ses propres évaluations des technologies lorsqu'il y a des lacunes. Malgré ce vaste mandat, plusieurs rapports et études ont fait ressortir la nécessité de renforcer le rôle de coordinateur de l'OCCETS (McDaid 2000; SC 1999a; Battista et al. 1995). Comme il a été mentionné au chapitre 2, ce serait possible si le Conseil de la santé du Canada assumait les responsabilités actuelles de l'OCCETS.

Dans l'ensemble, un certain nombre d'obstacles entravent l'évaluation et l'utilisation maximale des technologies de la santé au Canada.

- On ne se soucie pas assez de définir et d'établir les priorités qui doivent présider à l'évaluation des technologies de la santé émergentes. Plus précisément, il faut mettre sur pied un système de veille technologique qui favorisera le développement et la propagation des nouvelles technologies de la santé.
- La teneur et la portée générales de l'évaluation des technologies de la santé au Canada sont limitées par rapport à d'autres pays de l'OCDE. Par exemple, aucun processus officiel ne dicte l'évaluation de toutes les applications de la télésanté et il n'y a eu qu'une évaluation insuffisante des tomodensitomètres pour tomographie par émission de positrons (scanners PET) en dépit du fait que les appareils sont utilisés au Canada depuis plus de vingt ans.
- Les évaluations des technologies de la santé sont souvent insuffisamment détaillées, soit parce qu'elles ne tiennent pas compte entièrement des incidences sociales, juridiques et éthiques de l'utilisation des technologies, soit parce qu'elles ne sont pas assez approfondies sur le plan économique. Cela pourrait en partie expliquer pourquoi les évaluations des technologies de la santé n'ont jusqu'ici que faiblement infléchi les décisions relatives à l'allocation des ressources. Les organismes d'évaluation n'ont aussi eu que des rapports limités avec les décideurs, les planificateurs et les professionnels de la santé, et les décideurs et planificateurs n'ont pas utilisé judicieusement les résultats des évaluations qui leur ont été communiqués.
- Trop peu de recherches portent sur le lien entre les technologies de la santé et les améliorations générales de la santé. Les décisions d'acheter des nouvelles technologies sont trop fréquemment prises sans connaître la mesure dans laquelle une technologie répondra aux besoins de la population en matière de santé.

- Les décisions qui ont trait à l'adoption et à la propagation de technologies sont essentiellement prises par les autorités de la santé provinciales, territoriales et régionales, ou encore par les hôpitaux ou les responsables de programmes de santé et ne sont que faiblement coordonnées dans un même territoire ou entre les diverses sphères de responsabilité.

Développer l'évaluation de la technologie de la santé au Canada

Le mandat du Conseil de la santé du Canada, dont la création est ici suggérée, devrait avoir deux volets en ce qui concerne l'évaluation de la technologie de la santé. D'abord, le Conseil devrait accroître la capacité d'évaluation globale au Canada. Ensuite, grâce à l'adjonction de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), le Conseil pourra continuer de communiquer les résultats des évaluations aux diverses autorités. Il y aurait lieu d'établir clairement des liens entre cette stratégie et les travaux exécutés par des équipes intergouvernementales en vue de l'utilisation partagée de centres d'excellence pour les interventions chirurgicales peu fréquentes, telles que la pédocardiologie et de la neurochirurgie au scalpel gamma (RPM 2002).

Comme les ressources du système de santé sont limitées, le Conseil devrait faciliter la collaboration intergouvernementale dans l'élaboration, la coordination et l'application d'une stratégie concernant la technologie de la santé qui guidera plus efficacement le financement, la gestion et l'utilisation des technologies au sein du système de santé du Canada, en visant à long terme l'évaluation de toutes les technologies de la santé utilisées dans tout le pays. Ainsi, la stratégie consisterait à :

- Définir le cadre de la gestion des technologies pour l'ensemble du système de santé, en établissant un ordre de priorité visant l'évaluation des technologies susceptibles d'avoir des retombées sur la prestation des soins dans les régions rurales et éloignées (p. ex. les applications de la télésanté) ainsi que sur les soins de santé primaires.
- Envisager la possibilité d'harmoniser les programmes de financement visant l'acquisition, la mise à niveau et l'entretien des technologies très coûteuses, telles que l'imagerie diagnostique, dont l'imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie.
- Établir un plan ciblé en vue de l'adoption de technologies spécialisées qui tiendra compte des besoins particuliers de la population, de la disponibilité des ressources humaines dans le secteur de la santé et de l'infrastructure requise pour appuyer les technologies en question.
- Combler les lacunes actuelles de notre connaissance des avantages cliniques et de la rentabilité des technologies de la santé ainsi que de la valeur ajoutée qui découle de l'amélioration de la santé des Canadiens en général et des personnes affectées par certaines maladies en particulier.
- Appuyer l'élaboration de guides de pratique clinique fondés sur l'évaluation de la technologie à l'échelon national ou interprovincial.
- Améliorer les programmes de formation et veiller à l'établissement d'un bassin stable de ressources humaines en santé qui gérera et utilisera adéquatement la technologie de la santé, (cela est en rapport avec les travaux qu'effectue le Conseil au plan des ressources humaines en santé ainsi que l'expose le chapitre suivant).

Étendre l'évaluation de la technologie de la santé devrait être le premier moyen d'encourager l'adoption et la mise en œuvre des technologies de la santé appropriées. Il faudrait pour cela s'assurer que les provinces et les territoires adoptent aussi les nouvelles technologies, et que les professionnels de la santé et les décideurs du domaine s'inspirent des évaluations de technologies pour prendre leurs décisions. Dans l'avenir, le Conseil de la santé voudra peut-être envisager des moyens de sonder l'opinion des Canadiens lorsque les nouvelles technologies de la santé auront d'importantes retombées éthiques, morales ou sociales.

ENRICHIR LA BASE DE DONNÉES DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA

RECOMMANDATION 14 :

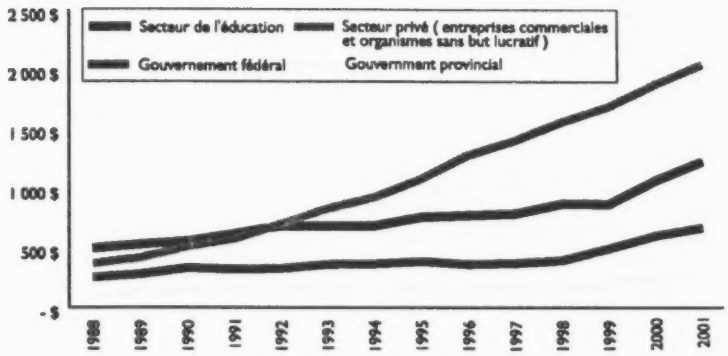
Il faudrait veiller à combler les lacunes de nos connaissances actuelles dans divers domaines de la recherche appliquée, dont la santé dans les régions rurales et éloignées, les ressources humaines en santé, la promotion de la santé et la politique relative aux produits pharmaceutiques.

L'infrastructure canadienne de recherche en santé repose sur un riche et vaste réseau de scientifiques, de chercheurs universitaires et d'organismes spécialisés. La recherche est effectuée par des scientifiques et des chercheurs qui travaillent parfois seuls mais plus souvent en équipes ou en réseaux et qui sont rattachés à des universités, à des instituts de recherche, à des instituts scientifiques et, ce qui est peut-être plus important, qui participent aux activités d'enseignement, de recherche et de formation des hôpitaux universitaires de tout le pays. La recherche en santé est financée par des organismes subventionnaires publics indépendants des gouvernements, par des entreprises privées — l'industrie pharmaceutique notamment —, et par des organismes non gouvernementaux tels que la Société canadienne du cancer et la Fondation des maladies du cœur, qui subventionnent la recherche sur certaines maladies particulières. La plus grande partie des travaux — et de leur financement — est consacrée à la recherche biomédicale visant la prévention, le traitement et l'analyse des maladies. Depuis la découverte historique de l'insuline par Banting et Best jusqu'aux récents travaux en génétique, le Canada a d'ailleurs développé une longue tradition d'excellence en recherche clinique et peut compter sur une impressionnante communauté de chercheurs enthousiastes. En 1997, l'industrie canadienne des sciences de la vie, évaluée à 36 milliards de dollars, comptait 86 000 emplois et devrait en compter quelque 130 000 d'ici 2003.

Dans l'ensemble, les dépenses consacrées à la recherche et au développement dans le domaine de la santé au Canada ont crû depuis les années 1990 (voir figure 3.1). Le financement fédéral à ce titre est passé de 255 millions à 674 millions de dollars entre 1988 et 2001 (Statistique Canada 2001a).

En 2000, le gouvernement fédéral a créé les IRSC dans le but premier de renforcer et de consolider l'infrastructure canadienne de la recherche en santé. Les IRSC réunissent 13 instituts distincts qui appuient et relient plus de 6 000 chercheurs de toutes les disciplines, de tous les secteurs et de toutes les régions. Les instituts et les chercheurs qui leur sont associés se penchent sur des questions qui relèvent aussi bien de la recherche biomédicale et scientifique sur le cancer, la génétique et le diabète que sur la santé des Autochtones, les différences entre les sexes sur le plan de la santé et la politique de santé.

Figure 3.1
Répartition des dépenses de recherche et de développement en santé au Canada (en millions de dollars), par source des fonds, 1998 à 2001



Source : Statistique Canada 2001a.

Passer aux étapes suivantes pour élargir notre base de connaissances

La recherche en santé a été un pivot pour le système public de santé et continuera de jouer un rôle tout aussi important. Avec tous ces organismes de financement qui existent au Canada, les ressources devraient être suffisantes pour permettre aux instituts et à leurs partenaires de mener les recherches et les évaluations nécessaires et d'en diffuser les résultats. Malgré cela, certains problèmes concernant le système de santé n'intéressent pas suffisamment les scientifiques, les pouvoirs publics et les chercheurs en santé. À plusieurs reprises, la Commission a été frappée par le peu de renseignements disponibles sur des questions aussi fondamentales que la santé des collectivités rurales et éloignées, la prestation des services de santé ou encore la collaboration interprofessionnelle dans la prestation des soins de santé primaires. Il importe d'accorder une attention immédiate à ces questions, de même qu'à d'autres domaines de recherche appliquée, et d'y investir les ressources humaines et financières qu'ils méritent.

> *« Le plus grand danger qui se pose pour l'assurance-santé au Canada est, en fait, le danger de ne pas innover. »*
>
> David McKinnon, Association des hôpitaux de l'Ontario, Débat sur les politiques pour la viabilité

Aussi la Commission recommande-t-elle que les IRSC créent le plus tôt possible quatre centres pour l'innovation en santé avec un mandat de recherche appliquée. Le gouvernement fédéral a considérablement accru le financement des IRSC et pourrait agréer leur demande d'accroître ce financement à un milliard de dollars par an au cours des prochaines années. La commission croit qu'il faut aller dans cette direction. Si cela se réalisait, les IRSC pourraient alors envisager de réserver la somme de 20 millions de dollars au financement des centres pour l'innovation en santé dont il a été question, soit la modeste somme de 5 millions de dollars par année pour chaque centre. Cette évaluation est fondée sur les coûts actuels des instituts des IRSC qui conduisent des travaux sur les politiques publiques. La Commission recommande donc l'établissement des quatre centres suivants :

- **Santé des collectivités rurales et éloignées** — Les IRSC ont déjà engagé la somme de 5,2 millions de dollars, et le gouvernement fédéral la somme de 1 million, à la recherche sur les problèmes auxquels se heurtent les collectivités rurales et éloignées. Cependant, jusqu'ici, la recherche a été fragmentée. Les chercheurs s'intéressant à la santé des collectivités rurales ont eu tendance à travailler dans l'isolement, à l'instar des populations et collectivités qu'ils étudient. Un programme de recherche en santé dans les collectivités rurales devrait porter sur les problèmes de santé et les déterminants de la santé, les comportements sains, la prestation et l'organisation des services et l'état de santé des habitants des collectivités rurales, éloignées et nordiques.
- **Collaboration et formation interprofessionnelles** — Malgré l'intensification des appels à la collaboration interprofessionnelle, en particulier dans les soins de santé primaires, peu de recherches sont orientées sur des façons efficaces de tirer profit de nouvelles combinaisons de compétences dans la prestation des soins de santé. Les nouveaux milieux de travail et les nouvelles répartitions de tâches exigent l'adoption de nouvelles méthodes de collaboration entre dispensateurs de soins de manière à tirer le plus possible parti des ressources humaines disponibles. Par ailleurs, nous disposons de peu de données probantes sur les conditions et le contexte de travail dans le domaine de la santé, c'est-à-dire sur l'organisation, la planification et la nature du travail en équipe sur les modalités de paiement et les incitations, ou sur la responsabilité professionnelle. Un centre pour l'innovation en santé axée sur la collaboration interprofessionnelle pourrait largement contribuer à la mise au point et à la diffusion des pratiques exemplaires favorisant la collaboration entre professions dans les soins primaires.
- **Promotion de la santé** — Malgré les nombreuses études qui ont fait ressortir l'importance du mieux-être et de la prévention pour améliorer la santé, les ressources affectées par les organismes à la promotion de la santé ne suffisent pas à en faire une priorité. Un centre pour l'innovation en promotion de la santé favoriserait l'élaboration de programmes visant à améliorer la santé physique et mentale et à cibler les efforts de prévention et les services offerts à la population canadienne.
- **Politique pharmaceutique** — Il faudrait accorder plus d'importance à la recherche stratégique sur la politique pharmaceutique pour que les médicaments d'ordonnance soient mieux intégrés au système de santé. Des recherches indépendantes sur la politique relative aux produits pharmaceutiques permettraient de veiller à ce que les Canadiens profitent le mieux possible de leur investissement dans les médicaments. Un nouveau centre pour l'innovation en politique pharmaceutique serait un bon moyen d'évaluer la politique pharmaceutique, de propager les pratiques exemplaires et de diffuser des renseignements objectifs et fiables. Pendant que les sociétés pharmaceutiques poursuivent leurs propres activités de recherche et développement, le centre pour l'innovation en politique pharmaceutique veillerait à ce que les recherches stratégiques soient aussi dégagées que possible de toute influence commerciale. Le centre pourrait aussi jouer un rôle important en matière d'éthique, plus particulièrement en ce qui concerne les relations entre l'industrie pharmaceutique et les recherches pharmaceutiques en cours.

Comme l'ont proposé les IRSC, ces centres pour l'innovation en santé devraient être investis du mandat d'« appeler le gouvernement, l'industrie, les groupes communautaires, les organismes de bienfaisance du domaine de la santé et autres à promouvoir et à propager une culture d'innovation et de décisions fondées sur des données probantes dans tout le système de santé » [*Traduction*] (IRSC 2002, 20). Les IRSC seraient chargés d'établir, de surveiller et d'évaluer le rendement de ces nouveaux centres. Les centres pour l'innovation en santé devraient également apporter leur soutien aux travaux du Conseil de la santé du Canada en l'aidant dans son rôle de suivi de la performance du système public de santé.

> *« La recherche est un élément essentiel à la rentabilité, à la viabilté et au caractère novateur du système de santé. »*
>
> INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA, 2002, MÉMOIRE.

Lorsque ces centres pour l'innovation en santé auront été établis et qu'ils auront démontré leur efficacité à encourager et à favoriser à la fois la recherche et l'innovation dans des domaines clés, il sera possible d'envisager la création d'autres centres qui s'intéresseront aux questions suivantes :

- Sécurité des patients.
- Santé mentale.
- Télésanté.
- Génomique et protéomique.
- Gestion des maladies chroniques.

Forger de meilleurs liens

La contribution première de ces centres serait d'informer et de guider les décisions stratégiques. Malheureusement, les structures et mécanismes en place dans le système de santé ne favorisent pas ce genre de suivi (Lomas 2000). Les centres pour l'innovation en santé permettraient de combler cette lacune à certains égards. De plus, il nous faut adopter une approche plus globale dans l'établissement et le suivi des liens entre chercheurs et décideurs. Une façon d'y arriver consistera à encourager les détachements auprès d'autres univers professionnels afin qu'il y ait un transfert des connaissances. Ainsi, les chercheurs pourront acquérir de l'expérience dans l'élaboration de politiques et les décideurs seront mieux sensibilisés au monde de la recherche. À long terme, grâce à ces détachements, les résultats de recherche et d'analyse seront diffusés plus efficacement et interviendront davantage dans les décisions stratégiques concernant la santé. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé devrait être chargée de ces détachements.

Il y aurait par ailleurs lieu de suivre les recherches effectuées à l'étranger. S'il est normal et souhaitable que notre intérêt se concentre surtout sur la santé et les problèmes de santé au Canada, force est de constater que nombre des problèmes qui nous préoccupent aujourd'hui existent aussi ailleurs dans le monde. Une bonne quantité de l'information qui nous parvient émane d'études effectuées aux États-Unis. Or, le système de santé du Canada se rapproche plutôt des systèmes de santé des pays de l'Union européenne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Cela nous différencie des autres pays des Amériques et devrait nous inciter à nous intéresser de plus près aux travaux menés à l'étranger. Les IRSC devraient se charger d'établir des rapprochements plus étroits entre les efforts de recherche au Canada et ceux d'autres pays. Plus précisément, il faudrait créer des liens avec l'Organisation mondiale de la santé, l'Observatoire européen des systèmes de santé et d'autres instituts de recherche de l'Union européenne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Les Canadiens comprennent l'importance que revêtent les connaissances et les idées dans la recherche de solutions nouvelles. Ils comprennent la nécessité de tirer parti des possibilités que nous offrent le savoir, l'information et la technologie pour améliorer la santé et les soins de santé, prendre des décisions fondées sur des données probantes, mieux servir les citoyens, les dispensateurs de soins, les décideurs et les gestionnaires, et trouver de nouveaux traitements et remèdes.

La mise en œuvre des recommandations contenues dans ce rapport permettrait d'offrir aux Canadiens :

- une infrastructure de l'information et des données probantes qui, en plus d'être digne du XXI^e^ siècle, réceptive, adaptable et durable à long terme, tiendra compte des besoins et des objectifs du système canadien de santé;
- un meilleur accès à l'information et à l'analyse de la performance du système de santé et de la santé des Canadiens;
- un meilleur accès aux renseignements personnels sur la santé, ainsi qu'à une mine de renseignements fiables et documentés permettant à chacun de faire des choix éclairés au sujet de sa propre santé;
- des règles claires visant la protection de la vie privée et la sécurité des renseignements sur leur santé;
- l'assurance que les professionnels de la santé ont accès à tout le dossier de santé du patient, ainsi qu'aux informations de pointe sur les traitements, les protocoles et les lignes directrices;
- l'accès à la meilleure technologie de santé, ainsi que l'assurance que la technologie se prête à des évaluations approfondies.

Dotés du financement et de l'infrastructure nécessaires, le Canada pourra tirer pleinement parti de tout ce qu'ont à offrir la recherche, le savoir et la technologie. Cette stratégie globale poussera le Canada à l'avant-plan et nous permettra de continuer à développer, à explorer et à appliquer de nouvelles idées et de nouvelles technologies afin d'améliorer la santé et le système de santé du Canada.

INVESTIR DANS LES PROFESSIONNELS

Orientations proposées

- ***Se pencher sur la nécessité de modifier les champs et les profils d'exercice des professionnels de la santé pour les adapter à l'évolution de la prestation des services de santé, en particulier par le biais de nouvelles approches de soins de santé primaires.***
- ***Prendre des mesures pour que les collectivités rurales et éloignées aient accès à une gamme de professionnels de la santé qualifiés, en mesure de répondre à leurs besoins de santé.***
- ***Enrichir considérablement la base d'information sur la main-d'œuvre dans le domaine de la santé au Canada, par le biais de mesures concertées, qui seront prises par le Conseil de la santé du Canada pour recueillir, analyser et diffuser régulièrement les données sur les enjeux critiques, notamment le recrutement, la répartition et la rémunération des professionnels de la santé.***
- ***Réexaminer les programmes actuels d'études et de formation à l'intention des professionnels de la santé, de manière à insister davantage sur la constitution d'équipes soignantes intégrées.***
- ***Établir des stratégies pour régler les problèmes touchant la disponibilité, la répartition, les études et la formation, l'évolution des compétences et des profils d'exercice des professionnels de la santé.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Les individus sont au cœur même du système de santé. Ils en sont aussi la préoccupation centrale. Tous les rouages de ce système sont mûs par les individus et ne sauraient fonctionner sans eux. Il s'agit tant de la maman, inquiète, qui discute avec une infirmière que du personnel des urgences et de son héroïsme quotidien. Le secteur de la santé constitue une industrie de pointe, dotée d'une main-d'oeuvre extrêmement qualifiée et compétente. Ces gens ont de longues années d'expérience et de formation et ils s'intéressent vivement à l'avenir du système de santé.

Depuis une vingtaine d'années, les modalités de prestation des services de santé n'ont cessé d'évoluer alors même que les provinces et les territoires tentaient de limiter les coûts. Cette situation a imposé un lourd fardeau aux professionnels de la santé canadiens. Bien que les problèmes varient d'un groupe de professionnels à l'autre, le malaise est généralisé, et il est souvent arrivé que l'insatisfaction initiale se soit muée en franche colère et en profond ressentiment. Les Canadiens sont constamment confrontés à ces problèmes, que ce soit à travers leur expérience avec le système de santé ou par le biais de reportages des médias faisant état de la dernière « crise » dans le secteur de la santé.

Dans l'ensemble du Canada, les provinces et les territoires recherchent activement les meilleurs moyens de former, de recruter et de maintenir en fonction les professionnels de la santé, ainsi que de les inciter à exercer dans les collectivités rurales et éloignées. À ce titre, les provinces et les territoires se livrent une compétition acharnée et, à maints égards, contre-productive. Il est vrai que ce sont principalement les pénuries immédiates et imminentes de professionnels de la santé, en particulier d'infirmières, qui retiennent l'attention. Toutefois, les problèmes les plus fondamentaux et les plus complexes touchent à l'évolution des rôles professionnels, à la nécessité de réexaminer les champs d'exercice traditionnels et à la difficulté de constituer des équipes intégrées de professionnels de la santé, ayant la gamme de compétences voulue pour offrir aux Canadiens tous les services de santé auxquels ils s'attendent.

Les solutions à ces problèmes ne vont pas de soi et ne surgiront pas du jour au lendemain. Il sera possible d'avoir recours aux ressources ciblées prévues dans les futurs Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées et Fonds des services diagnostiques, dont la création est suggérée dans ce rapport. Ces fonds permettront d'intervenir rapidement afin de régler les problèmes pressants dans les collectivités rurales et éloignées et, en bout de ligne, d'accroître les effectifs de techniciens et de spécialistes en mesure d'offrir des services diagnostiques et, du même souffle, d'améliorer l'accès des Canadiens à ces services essentiels. Le Transfert en matière de soins primaires et le Transfert en matière de soins à domicile pourront être des investissements dans le changement. L'impulsion donnée par ces ressources financières ciblées pourra aider à s'attaquer aux questions cruciales de l'évolution des champs d'exercice et du rôle naissant des nouveaux membres de l'équipe soignante. Le Conseil de la santé du Canada, dont nous proposons la création, devra jouer un rôle de premier plan en contribuant à enrichir considérablement notre base d'information et notre compréhension des questions entourant la main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Il devra en outre se pencher sur les études et la formation des professionnels de la santé et, à plus long terme, contribuer dans une large mesure à préparer l'avenir de la main-d'œuvre canadienne en santé en analysant l'évolution des rôles, des champs et des profils d'exercice, des études et de la formation ainsi que de la rémunération.

Pour surmonter ces difficultés, toutes les parties devront être fermement résolues à oublier leurs griefs et leur intransigeance passés et à établir une relation de confiance mutuelle. On devrait inviter les professionnels de la santé et leurs organisations à souscrire aux changements ambitieux mis en œuvre dans leur milieu de travail, dont certains pourraient avoir une incidence sur la nature même de leur travail et notamment sur les relations qu'ils entretiennent avec les autres travailleurs de la santé. Les provinces et les territoires devraient cesser de se disputer les travailleurs de la santé et plutôt travailler de concert à l'élaboration de stratégies globales à l'échelle du pays. Il faudra aborder de manière franche et directe les questions délicates, telles que les règlements salariaux, les champs d'exercice et les conditions de travail.

Seule une intervention concertée et décisive d'envergure nationale permettra de surmonter les problèmes pressants (que nous confrontons aujourd'hui) et de mettre en place la main-d'œuvre professionnelle, compétente, productive et dynamique dont nous aurons besoin dans l'avenir.

SITUATION ACTUELLE DE LA MAIN-D'OEUVRE CANADIENNE EN SANTÉ

En 2000, plus de 1,5 million de personnes travaillaient dans le secteur de la santé et des services sociaux dans l'ensemble du Canada. Le personnel infirmier (comprenant les infirmières, les infirmières auxiliaires et les infirmières psychiatriques) et les médecins représentaient, respectivement, 35 % et 8 % de la main-d'oeuvre en santé. Une gamme de dispensateurs de soins, tels que les chiropraticiens, les techniciens en radiologie, les travailleurs sociaux et les dispensateurs de soins à domicile composaient le reste des professions de santé (57 %) (ICIS 2001b). La disponibilité, la combinaison et la répartition des divers dispensateurs de soins et les rapports de travail qu'ils entretiennent les uns avec les autres varient selon le lieu de travail, la collectivité, la province et le territoire.

Les Canadiens s'inquiètent tout particulièrement des pénuries réelles et perçues de certains professionnels de la santé et, au premier titre, des infirmières, dont le nombre a chuté ces dernières années. En effet, entre 1991 et 2000, le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires pour 100 000 habitants a diminué, respectivement, de 8 % et de 21 %. La diminution observée dans le groupe des infirmières auxiliaires est marquée, alors que l'offre de main-d'œuvre a plutôt augmenté dans les autres professions de la santé (voir tableau 4.1).

Tableau 4.1
Pourcentage de variation du nombre de certains professionnels de la santé (nombre pour 100 000 habitants), entre 1991 et 2000

	1991	2000	Variation
Infirmières	820	753	- 8 %
Infirmières auxiliaires	298	236	- 21 %
Médecins	187	187	0 %
Pharmaciens	70	79	13 %
Dentistes	51	56	9 %
Physiothérapeutes	38	46	21 %
Psychologues	34	43	25 %
Hygiénistes dentaires	34	48	42 %
Chiropraticiens	13	18	36 %
Optométristes	10	11	14 %

Nota : Dans le cas des infirmières, le chiffre englobe toutes les infirmières exerçant la profession d'infirmière, aussi bien à plein temps qu'à temps partiel, et toutes les infirmières qui dispensent des soins directs aux patients ainsi que celles qui travaillent dans le domaine de l'administration, de l'enseignement et de la recherche. Les infirmières auxiliaires diplômées comprennent toutes les personnes inscrites au tableau de cette profession, indépendamment de leur activité ou de leur situation d'emploi. Dans le cas des médecins, le chiffre englobe, tous les médecins, cliniciens et non cliniciens, mais exclut les internes et les résidents. Le chiffre relatif aux chiropraticiens englobe tous les membres en règle de la profession, les nouveaux diplômés et les membres à titre spécial.
Source: ICIS 2002d; 2001c.

Seule une intervention concertée et décisive d'envergure nationale permettra de surmonter les problèmes pressants (que nous confrontons aujourd'hui) et de mettre en place la main-d'œuvre professionnelle, compétente, productive et dynamique dont nous aurons besoin dans l'avenir.

SITUATION ACTUELLE DE LA MAIN-D'OEUVRE CANADIENNE EN SANTÉ

En 2000, plus de 1,5 million de personnes travaillaient dans le secteur de la santé et des services sociaux dans l'ensemble du Canada. Le personnel infirmier (comprenant les infirmières, les infirmières auxiliaires et les infirmières psychiatriques) et les médecins représentaient, respectivement, 35 % et 8 % de la main-d'oeuvre en santé. Une gamme de dispensateurs de soins, tels que les chiropraticiens, les techniciens en radiologie, les travailleurs sociaux et les dispensateurs de soins à domicile composaient le reste des professions de santé (57 %) (ICIS 2001b). La disponibilité, la combinaison et la répartition des divers dispensateurs de soins et les rapports de travail qu'ils entretiennent les uns avec les autres varient selon le lieu de travail, la collectivité, la province et le territoire.

Les Canadiens s'inquiètent tout particulièrement des pénuries réelles et perçues de certains professionnels de la santé et, au premier titre, des infirmières, dont le nombre a chuté ces dernières années. En effet, entre 1991 et 2000, le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires pour 100 000 habitants a diminué, respectivement, de 8 % et de 21 %. La diminution observée dans le groupe des infirmières auxiliaires est marquée, alors que l'offre de main-d'œuvre a plutôt augmenté dans les autres professions de la santé (voir tableau 4.1).

Tableau 4.1
Pourcentage de variation du nombre de certains professionnels de la santé (nombre pour 100 000 habitants), entre 1991 et 2000

	1991	2000	Variation
Infirmières	820	753	- 8 %
Infirmières auxiliaires	298	236	- 21 %
Médecins	187	187	0 %
Pharmaciens	70	79	13 %
Dentistes	51	56	9 %
Physiothérapeutes	38	46	21 %
Psychologues	34	43	25 %
Hygiénistes dentaires	34	48	42 %
Chiropraticiens	13	18	36 %
Optométristes	10	11	14 %

Nota : Dans le cas des infirmières, le chiffre englobe toutes les infirmières exerçant la profession d'infirmière, aussi bien à plein temps qu'à temps partiel, et toutes les infirmières qui dispensent des soins directs aux patients ainsi que celles qui travaillent dans le domaine de l'administration, de l'enseignement et de la recherche. Les infirmières auxiliaires diplômées comprennent toutes les personnes inscrites au tableau de cette profession, indépendamment de leur activité ou de leur situation d'emploi. Dans le cas des médecins, le chiffre englobe, tous les médecins, cliniciens et non cliniciens, mais exclut les internes et les résidents. Le chiffre relatif aux chiropraticiens englobe tous les membres en règle de la profession, les nouveaux diplômés et les membres à titre spécial.
Source: ICIS 2002d; 2001c.

En ce qui concerne les infirmières et les médecins, voici les quatre préoccupations connexes liées au système actuel :

- **Offre et répartition** — La difficulté pour les collectivités d'attirer et de retenir les professionnels de la santé est-elle liée à l'offre ou à la répartition? La réponse varie selon la perspective que l'on adopte. Les résidents des collectivités rurales impuissants à obtenir les services d'un médecin généraliste estimeront que l'offre est insuffisante (le problème, à leurs yeux, sera la pénurie de médecins). Toutefois, dans une perspective provinciale ou nationale, c'est plutôt la répartition des médecins qui laisse à désirer (peut-être y a-t-il globalement suffisamment de médecins, mais pas assez dans les collectivités rurales et éloignées et les quartiers défavorisés des centres urbains). Le Canada compte aujourd'hui moins d'infirmières qu'il y a dix ans, ce qui a aussi un impact négatif sur certaines collectivités.
- **Compétences et rôles** — On a largement débattu de l'évolution des compétences et des rôles des infirmières et des médecins (ainsi que de d'autres professionnels de la santé) en fonction de la sphère de compétence de chacun et de la formation reçue. La formation des infirmières praticiennes, par exemple, les prépare à fournir certains services de santé qui relevaient auparavant de la responsabilité exclusive des médecins. En fait, malgré les beaux discours sur la coopération professionnelle, dans les faits, chaque profession défend jalousement son champ d'exercice. Si chaque groupe professionnel accepte sans broncher un élargissement de ses responsabilités, aucun n'est prêt à céder à d'autres certaines des fonctions qu'il exerce.
- **Profils d'exercice et autonomie** — Par « profil d'exercice », on entend les modalités de prestation des services des professionnels qui dispensent des soins, dans leur milieu de travail. Le profil d'exercice des infirmières a évolué, mais celles-ci n'ont guère eu leur mot à dire. La diminution de la main-d'oeuvre chargée de l'administration des soins infirmiers et du soutien administratif a contribué à alourdir la charge de travail du personnel infirmier, qui ne pouvait donc plus consacrer autant de temps aux soins directs. Les infirmières ont en outre subi de fréquents changements d'affectation, sans égard à leur domaine de compétence, passant tantôt de la salle d'urgence aux soins intensifs et tantôt de la pédiatrie à la gériatrie, ou troquant le travail en équipe en milieu hospitalier contre l'exercice solitaire à domicile. La situation des médecins est différente. De façon générale, les médecins exercent un contrôle considérable sur leur profil d'exercice, aussi bien personnellement que par l'entremise de leurs organisations professionnelles respectives. Certains médecins, par exemple, travaillent très peu en milieu hospitalier. Certains choisissent de travailler dans des établissements multidisciplinaires de soins de santé primaires, alors que d'autres exercent individuellement ou en groupe. Dans le passé, les décideurs ont eu les coudées plutôt franches pour restructurer le profil d'exercice du personnel infirmier, mais les tentatives visant à modifier le profil d'exercice des médecins se heurtent à la vive opposition du corps médical, qui y voit une menace à son autonomie professionnelle.
- **Qualité de la vie professionnelle** — La qualité de la vie professionnelle suscite de vives inquiétudes, en particulier chez les infirmières. Le moral est en chute libre et, selon les organisations infirmières, ce facteur pourrait en partie expliquer les départs en grand

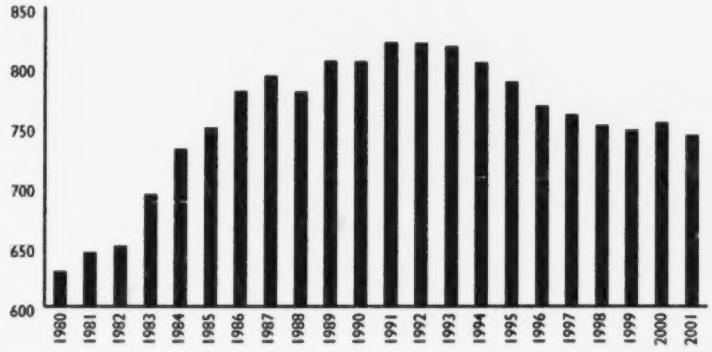
nombre de la profession. Ces organisations estiment en outre que cet état constant de découragement a des répercussions sur la qualité des soins aux patients. Les employeurs, les syndicats et les organisations professionnelles se penchent sur ces questions. Toutefois, depuis quelques années, les relations entre ces divers intervenants ont été pour le moins tendues et presque toutes les régions du pays ont été régulièrement frappées par des grèves. Les médecins se soucient eux aussi de la qualité de leur vie professionnelle, mais ils exercent généralement un contrôle plus direct sur leurs conditions de travail que les infirmières.

Situation du personnel infirmier

Depuis une vingtaine d'années, l'offre de main-d'œuvre infirmière a été extrêmement fluctuante. Entre 1980 et 1991, le nombre d'infirmières a augmenté de façon soutenue, passant de 629,1 pour 100 000 habitants (soit une infirmière pour 159 personnes) à 819,9 pour 100 000 habitants (une infirmière pour 122 personnes). Depuis 1991, le ratio n'a cessé de diminuer (ICIS 2002f) (voir figure 4.1). Dans les pays de l'OCDE, les variations du nombre d'infirmières par habitant correspondent généralement à l'organisation du système de santé, ce qui signifie qu'il n'existe pas un niveau « naturel » de la demande en personnel infirmier. Au Canada, le taux d'infirmières par habitant est faible comparativement à celui des pays scandinaves, mais il est supérieur à celui de l'Espagne, de la Grèce ou du Royaume-Uni (Saltman et Figueras 1997).

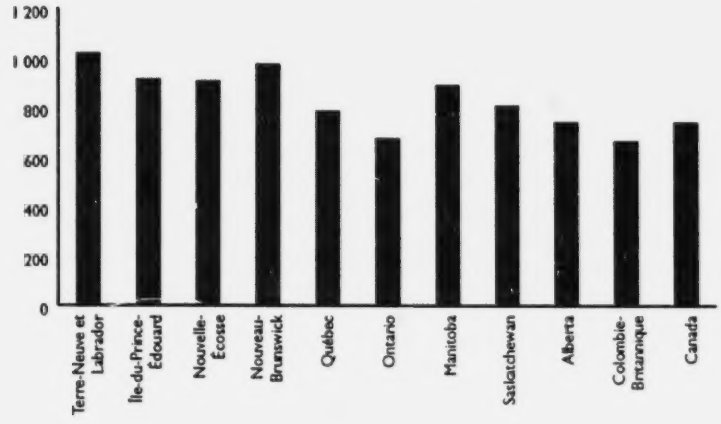
Toutefois, ces données d'ensemble ne traduisent qu'une partie de la réalité. L'offre de main-d'œuvre infirmière varie considérablement d'une région à l'autre du Canada. En 2001, le nombre d'infirmières pour 100 000 habitants se situait entre 666,4 (soit une infirmière pour 150 personnes) en Colombie-Britannique et 1 019,8 (une infirmière pour 98 personnes) à Terre-Neuve. La moyenne canadienne était de 742,4 infirmières pour 100 000 habitants (une infirmière pour 135 personnes) (ICIS 2002f) (voir figure 4.2). Bien que ces chiffres rendent compte en partie de l'état de l'offre, ils ne permettent pas de déterminer combien d'infirmières travaillent effectivement à temps complet ou sont prêtes à le faire.

Figure 4.1
Nombre total d'infirmières au Canada, pour 100 000 habitants, entre 1980 et 2001



Source : ICIS 2002f.

Figure 4.2
Nombre d'infirmières pour 100 000 habitants, par province, 2001



Source : ICIS 2002f.

Il semble en outre que la demande d'infirmières augmentera encore dans l'avenir. Voici certains des grands problèmes mis en évidence :

- **On forme trop peu d'infirmières** — Depuis dix ans, le nombre de diplômées des programmes de soins infirmiers a diminué de plus de 50 %. En outre, dans les cinq ans suivant l'obtention de leur diplôme, trois infirmières sur dix quittent le pays ou abandonnent la profession infirmière (AIIC 2001).
- **Un trop grand nombre d'infirmières quittent la profession en raison du stress, des piètres conditions de travail et de la perte de motivation** — Les infirmières ont été nombreuses à affirmer, au cours des consultations de la Commission, qu'elles avaient à peine le temps de s'arrêter, de réfléchir à leurs actes et à leurs motivations. Koehoorn et al. (2002, 6) ont souligné qu'« au Canada, un nombre croissant d'infirmières a été contraint de faire des heures supplémentaires et de travailler sur demande; on leur a refusé des vacances et des congés d'études et de formation, et on les a obligées à travailler dans des domaines étrangers à leur sphère de compétence » [*Traduction*]. Ces conditions de travail difficiles ont entraîné une augmentation de la maladie et des accidents de travail et une baisse générale de la motivation parmi les infirmières. L'absentéisme chez les infirmières a augmenté de façon constante, passant de 6,8 % en 1986 à 8,5 % en 1999, et son coût est élevé pour les établissements et le système de santé (FCRSS 2001).
- **La main-d'oeuvre infirmière est vieillissante** — Entre 1997 et 2001, l'âge moyen d'une infirmière canadienne a augmenté de 1,3 an, passant de 42,4 ans à 43,7 ans (ICIS 2002d). Comme la majorité des infirmières prennent leur retraite au milieu de la cinquantaine, on prévoit qu'elles seront nombreuses à quitter la profession au cours de la prochaine décennie (FCRSS 2001).

- **Les provinces se disputent les rares ressources** — Toutes les provinces se livrent une lutte acharnée pour s'approprier le personnel infirmier disponible et les nouvelles diplômées. Pour tenter d'attirer et de retenir les infirmières, on a tout simplement augmenté la rémunération. Évidemment, les provinces qui en ont les moyens privent ainsi de leur personnel infirmier celles qui sont trop pauvres pour leur emboîter le pas. Actuellement, le salaire annuel maximal d'une infirmière se situe entre 45 981 $ à l'Île-du-Prince-Édouard et 63 784 $ en Ontario, soit un écart de 17 803 $ entre la plus forte et la plus faible rémunération (FCSII 2002).
- **La prestation des soins de santé a évolué** — L'organisation et la prestation des soins de santé dans les hôpitaux et les autres milieux de soins ont évolué, et ces changements ont une incidence directe sur la charge de travail des infirmières et sur les compétences que l'on exige d'elles. Dans certains cas, les mesures de réduction des coûts ont entraîné l'abolition ou la réduction notable des postes d'infirmière-chef et d'infirmière clinicienne spécialisée. Parallèlement, on a radicalement sabré dans d'autres services administratifs et services de soutien, contraignant ainsi les infirmières à remplir des fonctions qui n'étaient pas de leur ressort (Koehoorn et al. 2002). En conséquence, les infirmières consacrent moins de temps aux soins et ne peuvent appliquer toute la gamme de leurs compétences.

« On pourrait comparer le mécontentement actuel des infirmières à un hiver qui s'est abattu sur la profession. À moins que des mesures énergiques ne soient prises par tous les paliers de gouvernement et toutes les organisations patronales, le dégel n'est pas pour demain. »

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS 2001. MÉMOIRE.

Accès aux médecins

Bien que tous ne reconnaissent pas l'existence d'une « crise » nationale imminente de l'offre de médecins, l'accès aux médecins pose indéniablement un problème dans de nombreuses collectivités aux quatre coins du pays.

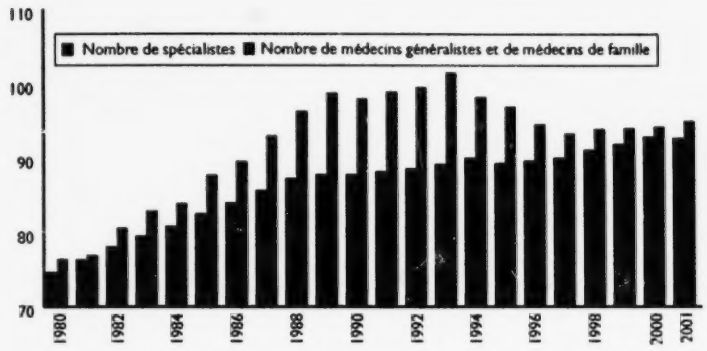
Au Canada, le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants est passé de 76,4 en 1980 à 101,5 en 1993. En 1999, ce nombre avait chuté à 94,0 (soit un médecin pour 1 063 personnes), mais il a augmenté de façon soutenue depuis (voir figure 4.3 et carte 4.1). La situation est passablement différente en ce qui concerne les spécialistes. Entre 1980 et 1994, on avait observé une hausse constante du nombre de spécialistes, qui était passé de 74,7 à 90,0 pour 100 000 habitants. Après un léger déclin en 1995-1996, ce nombre avait repris sa progression régulière pour atteindre 92,7 pour 100 000 habitants en 2001 (soit un médecin spécialiste pour 1 077 personnes), un sommet sans précédent sur plus de vingt ans (ICIS 2002f).

Comme dans le cas des infirmières, ces moyennes nationales brossent un portrait incomplet de la situation. L'offre de médecins de famille et de médecins généralistes fluctue de façon considérable d'une province et d'un territoire à l'autre. En 2001, Terre-Neuve et le Labrador comptait le plus grand

« Pour les infirmières en poste actuellement, travail est synonyme d'heures supplémentaires obligatoires. Par obligatoire, on entend que vous pouvez faire l'objet de mesures disciplinaires si vous refusez. Une telle situation impose un fardeau excessif aux infirmières et à leur famille et elle met en péril la qualité des soins aux patients... »

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS 2001. MÉMOIRE.

Figure 4.3
Nombre total de médecins généralistes/de médecins de famille et de spécialistes pour 100 000 habitants, entre 1980 et 2001



Source : ICIS 2002f.

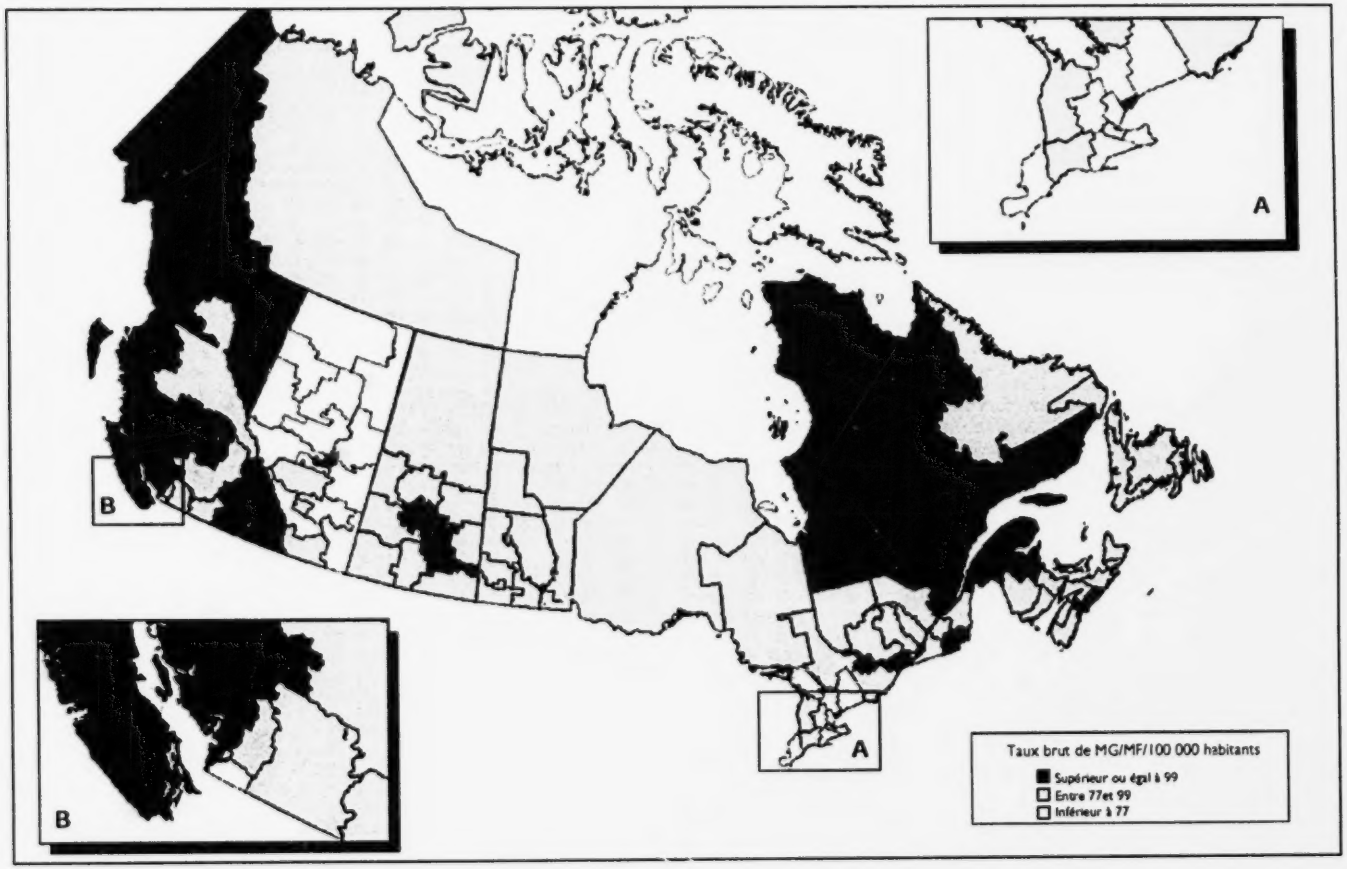
nombre de ces médecins pour 100 000 habitants, l'Île-du-Prince-Édouard, le plus faible (ICIS 2002f) (voir figure 4.4 et carte 4.2).

Un certain nombre de facteurs ont une incidence directe sur l'offre de médecins, notamment l'âge, le domaine de spécialité, les besoins cliniques, les besoins et la taille de la collectivité, le lieu d'obtention du diplôme et la charge de travail. Le sexe du médecin est aussi un facteur. En 2000, près de la moitié (49,6 %) des élèves de dernière année des facultés de médecine étaient des femmes, chiffre nettement plus élevé qu'en 1980, année où elles ne composaient que 32 % de la promotion (AFMC 2001). Cette modification dans la proportion d'hommes et de femmes parmi la main-d'oeuvre médicale a eu une incidence sur les profils d'exercice, les femmes médecins étant plus nombreuses à choisir la médecine générale et la médecine familiale de préférence aux spécialités médicales (Chan 2002).

Bien que les organisations professionnelles médicales (AMC 2002) et nombre de collectivités fassent état de graves difficultés à combler les besoins en médecins, d'autres études montrent que l'existence d'une telle pénurie est loin d'être avérée. Selon l'auteur d'un rapport publié récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé (Chan 2002), on est en présence d'une pénurie apparente et non d'une pénurie réelle. Par ailleurs, l'accès aux médecins et aux spécialistes varie considérablement d'une région du pays à l'autre et, dans certaines collectivités, le nombre de professionnels de la santé ne permet même pas d'offrir des services de santé de base.

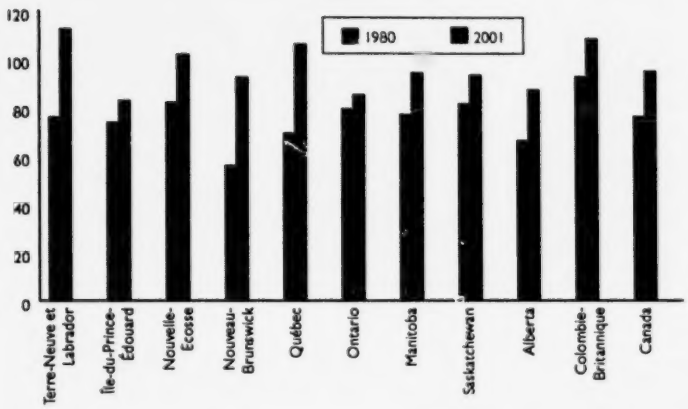
L'expérience de nombre de provinces et de territoires ainsi que de pays de l'OCDE indique que les solutions à court terme destinées à accroître le nombre de médecins ne contribuent pas à combler les besoins des collectivités défavorisées à ce chapitre, qu'il s'agisse des collectivités rurales et éloignées ou des quartiers défavorisés des centres urbains. Dans le passé, l'Association médicale canadienne (2001) a résisté aux tentatives de l'État d'obliger les médecins à exercer dans les petites collectivités, estimant que ces mesures avaient à la fois un caractère punitif et coercitif. Pourtant, encore une fois, il ne suffira pas d'accroître la rémunération des médecins

Carte 4.1 Taux brut de médecins généralistes/médecins de famille par région sanitaire, 1999



Source : ICIS 2002.

Figure 4.4
Nombre de médecins généralistes/ de médecins de famille pour 100 000 habitants par province, 1980 et 2001



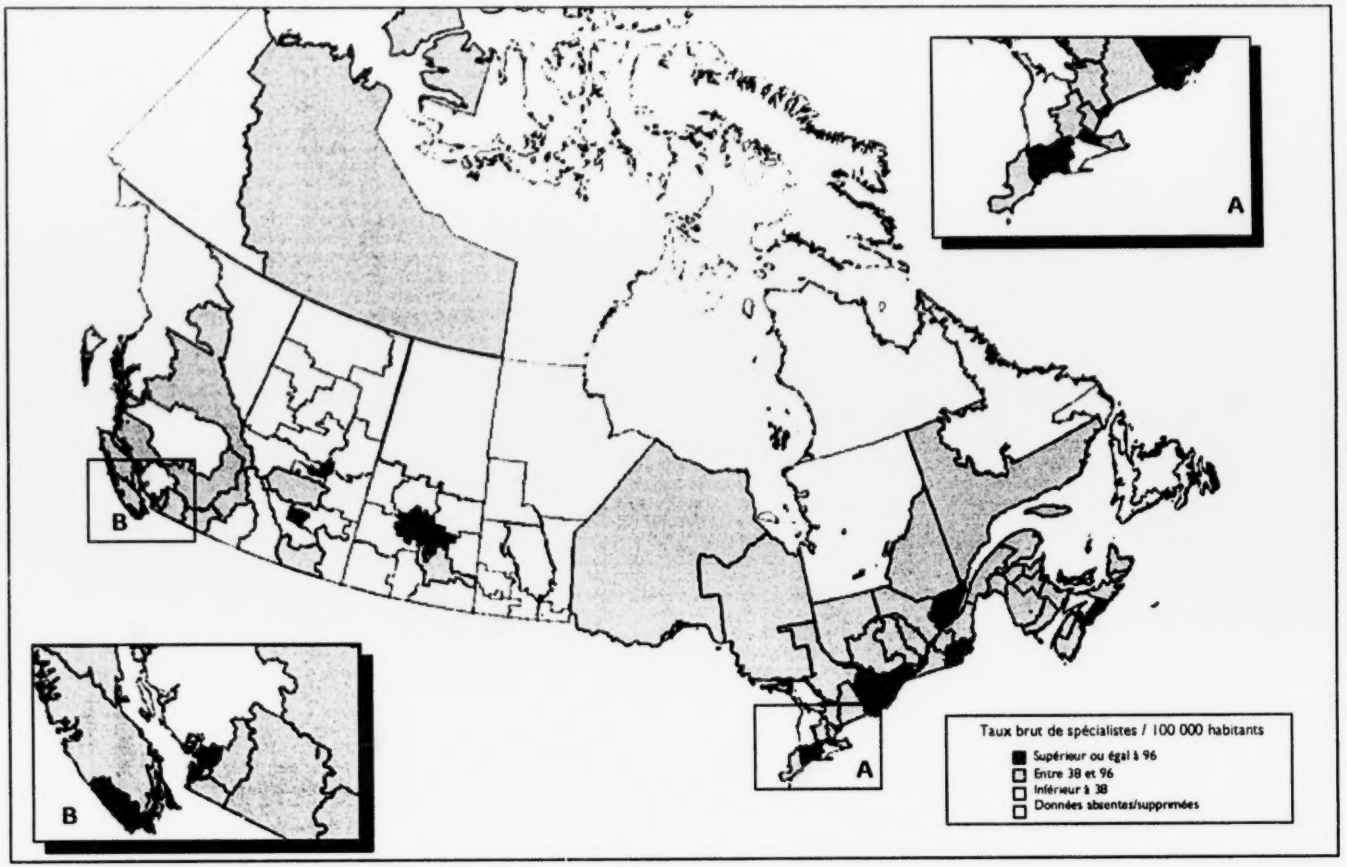
Source : ICIS 2002f.

pour les attirer dans les petites collectivités. Les recherches révèlent que « la lourdeur de la charge de travail, les demandes et les attentes élevées des patients, le manque de souplesse dans l'organisation du travail et la réorganisation [des services de santé], de même que les difficultés posées par la formation et le perfectionnement professionnel sont autant de facteurs qui semblent avoir un impact bien plus important que la rémunération sur le recrutement et le maintien en fonction de l'effectif » (Gavin et Esmail 2002, 77) [*Traduction*].

Les études et la formation des médecins peuvent également influencer le choix de leur lieu d'exercice. Les finissants de médecine choisissent plus volontiers d'exercer en milieu rural s'ils ont fait l'expérience de ce milieu pendant leurs études (BCMA 2002). Les initiatives récentes de la Société de la médecine rurale du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada visant à élaborer des lignes directrices et des programmes d'études nationaux constituent un pas dans la bonne voie, mais il faudrait faire bien davantage.

Dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission, l'Association professionnelle des internes et résidents de l'Ontario a souligné que les pouvoirs publics « (…) ont tenté, par le biais de mesures législatives et bureaucratiques, d'imposer aux nouveaux médecins leur lieu d'exercice, sans tenir compte du besoin réel de nos services dans une collectivité donnée. Nous avons réussi à résister à ces mesures discriminatoires et punitives, en tentant, de concert avec les collectivités elles-mêmes, de trouver des solutions véritables, efficaces, globales, durables et non coercitives » (APIRO 2002, 3) [*Traduction*]. L'Association estime que ses membres représentent le nouveau « visage de la médecine », c'est-à-dire une nouvelle génération de médecins, qui acceptent plus volontiers d'exercer dans un éventail de lieux et d'adopter divers modèles de prestation des soins.

Carte 4.2 Taux brut des médecins spécialistes par région sanitaire 1999



Source : ICIS 2002.

« Pour ce qui est de l'attachement des nouveaux médecins au régime d'assurance-santé (…), les nouveaux médecins sont résolument déterminés à travailler dans un système de santé universel, accessible et intégral, et à préserver et améliorer ce système; un système qui fait en sorte que tous les Canadiens ont également accès aux services médicaux et hospitaliers et aux autres services de santé essentiels. »

ASSOCIATION CANADIENNE DES MEDECINS RESIDENTS. EXPOSÉ A L'AUDIENCE PUBLIQUE DE CHARLOTTETOWN.

La Commission trouve cette attitude encourageante, mais il reste à déterminer dans quelle mesure la profession médicale est ouverte au changement. Si cette ouverture d'esprit consiste tout simplement à laisser « la nature suivre son cours » ou à défendre le caractère sacro-saint du champ d'exercice des médecins, on ne saurait alors s'en satisfaire. Si elle témoigne toutefois d'une volonté de confier à d'autres dispensateurs de soins certaines activités actuellement réservées aux médecins et d'envisager sérieusement un ajustement et une réforme de la répartition des compétences, alors la Commission estime qu'il y a lieu de s'en réjouir. L'ouverture au changement du corps médical devrait commencer à donner des résultats réels à court terme si ce dernier espère devancer le type d'interventions gouvernementales qu'il juge coercitives.

De surcroît, comme en témoignent les sections suivantes, les salaires tant des médecins que des infirmières risquent de devenir d'importants générateurs de coûts dans le système de santé. Nombreux sont ceux qui voient dans la formule actuelle de rémunération à l'acte des médecins un obstacle aux soins de santé primaires. Des solutions sont proposées à ce sujet au chapitre 5. À l'échelle nationale, les organisations professionnelles médicales jouent un rôle important dans les négociations avec les gouvernements concernant les modalités de paiement des médecins. Ces négociations se tiennent à huis clos et, au cours des dernières années, elles se sont soldées par des manifestations publiques d'acrimonie, des menaces et le retrait de services de la part des médecins. On a beaucoup parlé de rémunération, et moins de ce qu'on attend des médecins en échange des hausses de rétribution. D'aucuns estiment que les futures négociations avec les médecins devraient clairement préciser ce que l'on attend d'eux, comme par exemple la garantie à un accès satisfaisant aux services de santé, la modification de leur profil d'exercice afin de faciliter la prestation des soins de santé primaires ou de combler les nouveaux besoins du système de santé, ou l'atteinte de certains résultats pour leurs patients (p. ex. la pratique systématique de certains tests de dépistage).

Rémunération des infirmières et des médecins

Au cours des dernières années, les salaires des infirmières et les revenus des médecins ont beaucoup retenu l'attention, principalement en raison des négociations engagées entre les gouvernements et les organisations de dispensateurs de soins.

Entre 1960 et 1992, le taux moyen d'augmentation du revenu annuel des médecins a légèrement dépassé 6 %. Entre 1993-1994 et 1998-1999, le rythme de progression du remboursement annuel moyen aux médecins rémunérés à l'acte (soit environ 73% des médecins canadiens) a ralenti, pour s'établir en moyenne à 1,5 % par année (ICIS 2001a; 1999). Les récentes négociations avec les gouvernements provinciaux se sont toutefois soldées par des augmentations beaucoup plus élevées. En février 2001, à l'issue du dernier accord conclu avec l'Alberta Medical Association (AMA 2001), le gouvernement de l'Alberta a prévu dans son enveloppe des services médicaux une hausse de 35 % des montants consacrés aux services des

médecins. Plus récemment, les barèmes d'honoraires négociés en 2002 pour les médecins du Nouveau-Brunswick et de la Colombie-Britannique prévoyaient, respectivement, des augmentations de 15 % et de 20,6 % (Morris 2002; Colombie-Britannique. Ministère des services de la santé 2002).

Au Canada, le revenu des infirmières a augmenté en moyenne de 6,3 % par année entre 1966 et 1995, comparativement à 6,1 % en Allemagne et en Suède et à 7,3 % au Japon. Cette progression du revenu des infirmières a également ralenti au milieu des années 1990, pour s'établir à 2 % en 1995. Mais les ententes des dernières années ont donné lieu à des hausses marquées. En Alberta, dans le cadre de l'entente collective de trois ans signée par les United Nurses of Alberta en 2001, on a consenti à des augmentations salariales oscillant entre 17 % et 20,5 % la première année (UNA 2001). De même, en Saskatchewan et au Manitoba, des hausses salariales de 20 % sur trois ans et de 20 % sur deux ans ont été accordées depuis 2001 (MNU 2002; SUN 2002).

Les tendances qui se dégagent de ces négociations et règlements récents risquent de devenir un puissant générateur de coûts. Même avant les augmentations importantes des dernières années, les revenus des infirmières et des médecins canadiens se situaient tout en haut de l'échelle des pays de l'OCDE. En 1992, par exemple, les revenus des médecins étaient considérablement plus élevés au Canada qu'en France, en Australie, au Japon, en Suède et au Royaume-Uni. Seuls l'Allemagne et les États-Unis avaient des taux de rémunération comparables ou supérieurs. La situation des infirmières était semblable. À la lumière de ces observations, la Commission invite les associations de dispensateurs de soins et les gouvernements à prendre en considération les répercussions éventuelles des futures négociations sur la viabilité de l'assurance-santé.

La mobilité des professionnels de la santé à l'échelle internationale

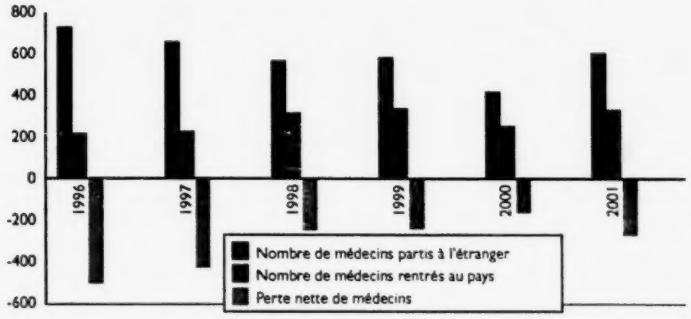
Les Canadiens entendent régulièrement parler du départ vers les États-Unis ou d'autres pays d'infirmières, de médecins et d'autres dispensateurs de soins. Les professionnels de la santé font partie d'une main-d'œuvre de plus en plus mobile, fortement en demande partout dans le monde.

En 1996, le Canada a enregistré une perte nette de 508 médecins qui ont quitté le pays, mais ce chiffre avait chuté à 164 en 2000 (ICIS 2001f). Selon les dernières données, cette tendance à la baisse n'a pas duré et la perte nette de médecins partis à l'étranger a atteint 275 en 2001 (ICIS 2002e) (voir figure 4.5).

Outre les médecins, un grand nombre de professionnels de la santé formés au pays — principalement des infirmières — sont allés chercher de l'emploi aux États-Unis. Les récentes tentatives des établissements de soins canadiens pour « rapatrier » ces professionnels n'ont guère été fructueuses, puisque le système n'est pas toujours en mesure de garantir les perspectives d'emploi offertes par nos voisins du Sud.

Par ailleurs, le Canada accueille comme immigrants un nombre important de diplômés en médecine de l'étranger. Ces diplômés doivent subir un processus d'évaluation rigoureux avant d'être autorisés à exercer au pays. Le processus d'approbation et d'intégration s'échelonne sur plusieurs années et est fort complexe, d'où son extrême lenteur. En conséquence, nombre de professionnels de la santé venant d'autres régions du monde éprouvent de grandes difficultés avant de s'intégrer de manière satisfaisante au système de santé. Les pouvoirs publics et les

Figure 4.5
Médecins canadiens partis à l'étranger et rentrés au pays entre 1996 et 2001



Source : ICIS 2002e; 2001f.

organisations professionnelles doivent rationaliser le processus de reconnaissance de la formation reçue à l'étranger et offrir au besoin une formation complémentaire aux professionnels de la santé immigrants.

Dans certains cas, les provinces et les territoires ont recruté activement les diplômés en médecine des pays en développement pour combler les besoins en médecins au Canada, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées. Jusqu'à la fin des années 1970, le Canada a ouvertement sollicité et recruté les diplômés des facultés de médecine de l'étranger et leur a accordé une « situation privilégiée » en vertu de sa politique d'immigration. À l'époque, les diplômés de l'étranger composaient 30 % de notre main- d'oeuvre médicale, mais ce chiffre a chuté depuis juste en dessous de 23 % (ICIS 2002e) (voir tableau 4.2). Malgré cette diminution, certaines provinces, comme la Saskatchewan, demeurent largement tributaires des diplômés de l'étranger pour combler les besoins de leurs collectivités, alors que d'autres provinces, comme le Québec, dépendent beaucoup moins de cet apport extérieur.

Comme nous l'indiquons au chapitre 11 sur la santé et mondialisation, le recrutement par le Canada de médecins formés dans les pays en développement éveille de sérieuses inquiétudes. Bien que l'on ne doive pas fermer nos portes aux diplômés en médecine désireux d'immigrer au Canada, les provinces et les territoires devraient être moins tributaires de cette main-d'œuvre et prendre plutôt des mesures pour recruter et conserver un plus grand nombre de médecins au Canada.

Dispensateurs de soins du milieu paramédical et gestionnaires de la santé

Bien que l'attention se porte principalement sur les infirmières et les médecins, un certain nombre de problèmes touchent également d'autres dispensateurs de soins, notamment ceux ayant trait au lieu de travail, au champ d'exercice et aux répercussions des modalités nouvelles de prestation des services. La multiplicité des dispensateurs de soins est certes un atout

Tableau 4.2
Répartition des diplômés en médecine de l'étranger, par province, en 2001

Province/Territoire	Nombre total de médecins	Diplômés en médecine canadiens	Diplômés en médecine de l'étranger	Répartition des diplômés en médecine de l'étranger en %
Terre-Neuve et Labrador	945	531	395	41,8
Île-du-Prince-Édouard	190	156	28	14,7
Nouvelle-Écosse	1 885	1 389	494	26,2
Nouveau-Brunswick	1 179	923	251	21,3
Québec	15 866	14 024	1 800	11,3
Ontario	21 482	16 206	5 268	24,5
Manitoba	2 093	1 366	613	29,3
Saskatchewan	1 549	743	796	51,4
Alberta	5 154	3 755	1 385	26,9
Colombie-Britannique	8 105	5 854	2 250	27,8
Yukon	54	35	9	16,7
Territoires du Nord-Ouest	37	28	6	16,2
Nunavut	7	4	3	42,8
Canada	58 546	45 014	13 298	22,7

Nota : Ne comprend pas « lieu d'obtention du diplôme inconnu ».
Source : ICIS 2002e.

incomparable, mais elle est aussi un défi lorsqu'on veut définir de nouveaux modèles de soins de santé primaires, de nouveaux rôles et responsabilités et de nouvelles pratiques de travail en collaboration. En outre, l'avancement de la technologie médicale obligera le système de santé à se doter d'un nombre croissant de techniciens extrêmement spécialisés et qualifiés.

À l'instar des dispensateurs de soins et des professionnels du milieu paramédical, les gestionnaires de la santé sont souvent les oubliés du système de santé, bien que leur travail ait une importance cruciale pour l'ensemble de l'organisation, de la planification et du financement des systèmes de santé au pays. Même s'ils travaillent souvent dans l'ombre, ils veillent à garantir la cohésion entre les divers éléments, à organiser les services et à tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles en santé, qu'elles soient humaines ou monétaires. Les gestionnaires de la santé sont chargés d'appliquer des décisions difficiles et de gérer des organisations complexes et en évolution, mais leur tâche est devenue très difficile depuis les contraintes budgétaires qui eurent lieu dans les années 1990.

Le Collège canadien des directeurs de services de santé souligne que l'évolution extrêmement rapide et souvent improvisée du système a miné la capacité de ses membres de gérer de manière logique et rationnelle. Il fait également ressortir l'absence de cohérence sur le plan du leadership et de la vision et l'impact négatif de cette lacune sur l'aptitude des gestionnaires à comprendre leur rôle et à appliquer un plan systématique (CCDSS 2001).

Tableau 4.2
Répartition des diplômés en médecine de l'étranger, par province, en 2001

Province/Territoire	Nombre total de médecins	Diplômés en médecine canadiens	Diplômés en médecine de l'étranger	Répartition des diplômés en médecine de l'étranger en %
Terre-Neuve et Labrador	945	531	395	41,8
Île-du-Prince-Édouard	190	156	28	14,7
Nouvelle-Écosse	1 885	1 389	494	26,2
Nouveau-Brunswick	1 179	923	251	21,3
Québec	15 866	14 024	1 800	11,3
Ontario	21 482	16 206	5 268	24,5
Manitoba	2 093	1 366	613	29,3
Saskatchewan	1 549	743	796	51,4
Alberta	5 154	3 755	1 385	26,9
Colombie-Britannique	8 105	5 854	2 250	27,8
Yukon	54	35	9	16,7
Territoires du Nord-Ouest	37	28	6	16,2
Nunavut	7	4	3	42,8
Canada	58 546	45 014	13 298	22,7

Nota : Ne comprend pas « lieu d'obtention du diplôme inconnu ».
Source : ICIS 2002e.

incomparable, mais elle est aussi un défi lorsqu'on veut définir de nouveaux modèles de soins de santé primaires, de nouveaux rôles et responsabilités et de nouvelles pratiques de travail en collaboration. En outre, l'avancement de la technologie médicale obligera le système de santé à se doter d'un nombre croissant de techniciens extrêmement spécialisés et qualifiés.

À l'instar des dispensateurs de soins et des professionnels du milieu paramédical, les gestionnaires de la santé sont souvent les oubliés du système de santé, bien que leur travail ait une importance cruciale pour l'ensemble de l'organisation, de la planification et du financement des systèmes de santé au pays. Même s'ils travaillent souvent dans l'ombre, ils veillent à garantir la cohésion entre les divers éléments, à organiser les services et à tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles en santé, qu'elles soient humaines ou monétaires. Les gestionnaires de la santé sont chargés d'appliquer des décisions difficiles et de gérer des organisations complexes et en évolution, mais leur tâche est devenue très difficile depuis les contraintes budgétaires qui eurent lieu dans les années 1990.

Le Collège canadien des directeurs de services de santé souligne que l'évolution extrêmement rapide et souvent improvisée du système a miné la capacité de ses membres de gérer de manière logique et rationnelle. Il fait également ressortir l'absence de cohérence sur le plan du leadership et de la vision et l'impact négatif de cette lacune sur l'aptitude des gestionnaires à comprendre leur rôle et à appliquer un plan systématique (CCDSS 2001).

Nécessité d'une action au plan national

Quel que soit le point de vue que l'on adopte pour examiner les données relatives à la situation actuelle des dispensateurs de soins au pays, que ce soit celui d'un professionnel de la santé, d'un gestionnaire de la santé, d'un fonctionnaire ou d'un dirigeant des gouvernements provinciaux, territoriaux ou fédéral ou encore celui d'un patient attendant de rencontrer un médecin ou d'une collectivité cherchant désespérément une infirmière, on ne peut qu'arriver aux conclusions suivantes :

- La situation actuelle est grave et exige des solutions nationales.
- Il est vital de recruter, former et retenir davantage d'infirmières et de médecins au cours de la prochaine décennie, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées et les collectivités du Nord.
- Le problème n'est qu'en partie lié à l'offre de main-d'œuvre. D'autres facteurs sont en jeu : la répartition, le champ d'exercice, les profils d'exercice et la juste combinaison des compétences des divers dispensateurs de soins.
- Les gestionnaires de la santé subissent une pression croissante et souffrent de l'absence d'une vision claire, susceptible de les guider.
- Les soins de santé primaires seront extrêmement profitables pour les Canadiens et devraient leur donner accès à des équipes et à des réseaux de professionels qualifiés. Mais on ne changera pas du jour au lendemain les rapports de travail entretenus par les divers dispensateurs de soins.
- Il faudra aborder sous un angle nouveau les études et la formation, en plus d'examiner attentivement l'évolution des rôles et responsabilités des divers dispensateurs de soins parallèlement à l'évolution des modèles de soins.

Ces défis sont de taille et doivent être relevés par toutes les provinces et tous les territoires. Il ne fait aucun doute que, dans ce domaine, les mesures prises par une province ou un territoire peuvent avoir un retentissement ailleurs. Dès lors, il est préférable que les provinces et les territoires cherchent ensemble des solutions qui permettront non seulement de répondre à leurs besoins particuliers, mais également de faire en sorte que le Canada ait encore accès dans l'avenir à une main-d'oeuvre en santé adéquate, qualifiée et efficace.

INVESTISSEMENTS IMMÉDIATS DANS LES PERSONNES ET LE CHANGEMENT

RECOMMANDATION 15 :

On devrait utiliser une partie du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, du Fonds des services diagnostiques, du Transfert en matière de soins primaires et du Transfert en matière de soins à domicile pour améliorer la disponibilité et la répartition des professionnels de la santé, encourager l'évolution de leurs champs et de leurs profils d'exercice et garantir l'utilisation la plus judicieuse possible de l'éventail des compétences professionnelles.

Le système de santé repose sur les personnes, et l'aptitude du système à instaurer les réformes envisagées dans le présent rapport dépendra non seulement d'une offre suffisante et d'une répartition judicieuse des dispensateurs de soins, mais aussi de la volonté de ces derniers d'envisager de nouvelles modalités de prestation des soins.

Les fluctuations du financement des soins de santé à la fin des années 1980 et pendant les années 1990 ont certainement eu des effets négatifs sur la main-d'oeuvre en santé au Canada. Alors que les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral luttaient pour équilibrer leurs budgets, le financement au coup par coup a eu un effet déplorable sur l'offre de dispensateurs de soins et a sérieusement entravé la planification à long terme. La prestation des services de santé et la qualité de vie des dispensateurs de soins et des professionnels de la santé ont en outre souffert du manque de continuité et de prévisibilité du financement.

On devrait prendre des mesures immédiates sur deux fronts :

- Il faut améliorer la disponibilité et la répartition des professionnels de la santé dans deux secteurs prioritaires : faire en sorte que les collectivités rurales et éloignées disposent d'une gamme de professionnels suffisante pour combler leurs besoins, et accroître l'offre de techniciens spécialisés, de manière à ne pas se laisser dépasser par les demandes croissantes en services diagnostiques.
- Il y a lieu de modifier les compétences et les rôles professionnels, conformément aux orientations générales du changement exposées dans le présent rapport.

Au chapitre 2, nous recommandons une série de fonds et de transferts ciblés visant à s'attaquer aux secteurs prioritaires et à favoriser la transition vers un nouveau Transfert canadien en matière de santé. Plusieurs de ces fonds, en particulier le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, le Fonds des services diagnostiques, le Transfert en matière de soins primaires et le Transfert en matière de soins à domicile, devraient être utilisés pour surmonter les problèmes touchant la disponibilité, la répartition et l'éventail de compétences des professionnels de la santé.

Ces fonds supplémentaires devraient être expressément destinés aux interventions permettant de régler le plus efficacement possible les problèmes les plus pressants. Toutefois, la Commission croit fermement que ces fonds supplémentaires ne devraient pas inciter les professionnels à accroître leurs exigences salariales. Sur le plan politique, tous les partenaires — les gouvernements, les dispensateurs de soins et leurs organisations ainsi que les autorités régionales de la santé — courent un risque élevé si la majeure partie des fonds additionnels permet tout au plus d'offrir un niveau de service, un accès et une qualité identiques, mais à un coût plus élevé. Les Canadiens ne sauraient le tolérer.

Pour aborder et régler les problèmes liés à la main-d'oeuvre en santé, il importe de ne pas s'intéresser uniquement à la rétribution des dispensateurs de soins et de s'attaquer aux questions plus complexes, mais également importantes, qui ont trait à leurs activités, et aux modifications susceptibles d'être apportées à leurs rôles respectifs de manière à les adapter aux nouvelles méthodes de prestation des services de santé.

Combler les lacunes de l'offre et de la répartition

On connaît bien les problèmes éprouvés par les collectivités rurales pour attirer et conserver un nombre suffisant de professionnels de la santé. Ce sujet est abordé au chapitre 7. L'un des principaux obstacles à l'amélioration de l'accès aux services de santé essentiels dans les

« La pénurie de médecins dans la province de Québec est en partie un mythe. Pourquoi? Parce que nous n'avons pas le courage de demander aux médecins de travailler là où nous avons besoin d'eux et quand nous avons besoin d'eux. »

CONSEIL PROVINCIAL POUR LA PROTECTION DES MALADES. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE MONTRÉAL.

collectivités rurales et éloignées est la sérieuse difficulté à attirer et retenir les professionnels dans ces collectivités. Au cours des deux prochaines années, le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées dont nous proposons la création doit viser particulièrement à accroître l'offre de professionnels de la santé dans ces collectivités. À cette fin, il faudra peut-être consacrer une partie de ce fonds à la création d'incitatifs financiers ou autres, pour attirer et retenir la juste combinaison de compétences professionnelles dans ces collectivités.

En ce qui concerne les services diagnostiques, les données exposées au chapitre 6 révèlent que l'investissement du Canada dans les techniques diagnostiques accuse un retard et que, par conséquent, les délais d'attente pour les services d'IRM et de tomodensitométrie ne cessent d'augmenter. Toutefois, la solution ne réside pas seulement dans l'achat d'appareils. On devrait consacrer une partie du Fonds des services diagnostiques proposé au recrutement et à la formation d'un effectif suffisant de techniciens et de spécialistes pour répondre à la demande et améliorer l'accès des Canadiens à ces services essentiels.

Modifier les rôles et responsabilités

Les enjeux entourant les professionnels de la santé sont plus complexes et ne se limitent pas à déterminer si l'on dispose d'un nombre suffisant d'infirmières, de médecins, de pharmaciens ou de dentistes. Les rôles des divers professionnels évoluent, au fur et à mesure que l'on explore et applique de nouveaux modèles de prestation des soins. On assiste à l'apparition de nouveaux professionnels et de nouveaux modes de prestation des soins, ainsi que de nouveaux besoins à l'intérieur du système de santé. Autant de facteurs qui entraînent de profonds changements dans le champ d'exercice de chaque profession. Toute velléité de créer un système de santé davantage « axé sur le patient » fait naître inévitablement le désir de modifier la formation des professionnels de la santé, leur mode de rémunération et les relations de collaboration réciproque qu'ils entretiennent (Lissauer 2002).

Le Canada ne saurait entreprendre une réforme importante de son système de santé sans d'abord examiner l'éventail et les compétences des divers dispensateurs de soins et la façon dont ils travaillent les uns avec les autres. Comme l'a écrit Jane Salvage (2002, 16) :

> Tenter maladroitement de redéfinir les frontières sans prendre le temps d'examiner ce que font essentiellement les travailleurs de la santé et la façon dont ils le font équivaut à redisposer les fauteuils sur le pont du Titanic. Répartir différemment les tâches est l'aspect le plus facile, et c'est déjà passablement difficile. La division des tâches a peut-être changé radicalement au fil des ans, mais les postulats de base concernant la façon dont travaillent les professionnels sont demeurés relativement intacts. [*Traduction*]

La situation des infirmières offre un bon exemple. Dans l'ensemble du Canada, on a accordé une importance croissante au rôle des infirmières praticiennes qui peuvent jouer des rôles auparavant réservés aux médecins. On pourrait aller jusqu'à leur accorder le privilège d'hospitaliser les patients, de sorte qu'elles pourraient orienter les patients vers les hôpitaux et y

entreprendre le traitement initial. Toutefois, si les infirmières ont accueilli favorablement un élargissement de leur rôle à l'une des extrémités du spectre de leurs responsabilités, elles se sont montrées moins empressées de céder certaines responsabilités aux infirmières auxiliaires, par exemple, et à d'autres travailleurs ayant un éventail de compétences semblable leur permettant de dispenser des soins directs aux patients.

On peut en dire autant des médecins. Il est indéniable que la relation médecin-patient est un élément fondamental des soins dispensés par les médecins. C'est pourquoi ils ont souvent refusé de partager la responsabilité des soins aux patients avec d'autres travailleurs occupant une position privilégiée leur permettant de coordonner les soins à tous les niveaux du système de santé, depuis les épreuves diagnostiques jusqu'aux soins aigus et aux soins à domicile. Le rôle plus important que joueront les soins de santé primaires — auxquels, prévoit-on, les médecins participeront, tout en partageant des responsabilités avec une équipe composée de différents professionnels de la santé — aura aussi une incidence sur les profils d'exercice des médecins ainsi que sur la façon dont leurs services sont rétribués.

Comme nous l'indiquons plus loin dans les chapitres consacrés respectivement aux soins de santé primaires et aux soins à domicile, de nouveaux rôles vont sans doute se dessiner parallèlement à l'évolution du système de santé. Ainsi, les gestionnaires de cas joueront un rôle d'une importance croissante dans le domaine de la coordination et de la gestion des services de soins de santé primaires et de soins à domicile pour leurs patients. Le gestionnaire de cas sera un agent de liaison essentiel pour les patients et les autres dispensateurs de soins. Par le passé, les médecins ont généralement joué ce rôle « d'aiguilleur », décidant de quels types de soins les patients avaient besoin et où ces soins devaient leur être prodigués. Comme il fallait s'y attendre, les infirmières ont indiqué qu'elles pourraient fort bien s'acquitter de ce rôle. Toutefois, il n'est pas nécessaire que les gestionnaires de cas soient des médecins ou des infirmières, il suffit qu'ils soient en mesure de coordonner les soins et de faire en sorte que les gens aient accès en temps opportun aux soins dont ils ont besoin. Vu l'essor que les soins de santé primaires et les soins à domicile devraient connaître dans l'avenir, il y a tout lieu de croire que le rôle des gestionnaires de cas aura une incidence directe sur les relations de travail entretenues par les différents dispensateurs de soins.

> *« Il faut utiliser notre main-d'oeuvre de manière judicieuse. On ne devrait pas embaucher des infirmières pour leur faire jouer le rôle de réceptionnistes. »*
>
> UNION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

Les soins de santé primaires privilégient nettement une répartition souple des responsabilités et font ressortir l'importance d'équipes et de réseaux multidisciplinaires de dispensateurs de soins, s'employant de concert à répondre aux besoins de santé de leurs patients. Cette perspective aura des répercussions non seulement sur les infirmières et les médecins, mais aussi sur les autres dispensateurs de soins. Le chapitre 9, sur l'intégration des médicaments d'ordonnance, et le chapitre 8, sur les soins à domicile, témoignent de l'intérêt croissant accordé aux programmes de gestion des médicaments. Cette évolution aura sans doute une incidence directe sur le rôle des pharmaciens et leur permettra d'occuper une position de plus en plus déterminante au sein de l'équipe soignante. Vu l'accent qui sera mis sur la prévention et la promotion, divers dispensateurs de soins et d'autres intervenants de la collectivité seront appelés à jouer un rôle plus actif.

On est également en présence d'un certain nombre de professions émergentes liées a la santé, telles que les fonctions d'infirmières praticiennes et d'infirmières cliniciennes pédiatriques ou d'assistant médical. L'apparition de ces professions, ainsi que d'autres professions nouvelles faisant appel à du personnel extrêmement qualifié, nécessite une réévaluation continue des champs d'exercice respectifs des dispensateurs de soins existants et un rééquilibrage de la gamme de compétences de chacun d'entre eux. En fait, les champs et les profils d'exercice habituels seront remis en question au gré de l'évolution du système de santé.

Deux des nouveaux transferts proposés — le Transfert en matière de soins primaires et le Transfert en matière de soins à domicile — visent à modifier considérablement les modalités de prestation des soins de santé au Canada. Ces transferts imposeront tous deux une modification radicale des rapports de collaboration réciproque et du partage des responsabilités entre les divers dispensateurs de soins, ainsi qu'une modification radicale de la façon dont ils conjugueront leurs compétences respectives afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles pour les patients.

En ce qui concerne les soins de santé primaires, le nouveau Transfert vise à appuyer énergiquement un changement de grande envergure et un élargissement des approches de soins de santé primaires dans l'ensemble du Canada. Le Transfert en matière de soins à domicile, quant à lui, insistera davantage sur les soins en phase post-aiguë, les soins palliatifs ainsi que la gestion des cas et les interventions en santé mentale. Une partie des fonds prévus dans ces deux transferts devraient permettre d'apporter les changements nécessaires aux champs d'exercice et faciliter l'organisation d'équipes de dispensateurs de soins.

PLANIFICATION DES CHANGEMENTS À LONG TERME

RECOMMANDATION 16 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait recueillir, analyser et diffuser régulièrement les données pertinentes et nécessaires sur la main-d'œuvre du domaine de la santé au Canada, notamment en ce qui a trait aux questions cruciales touchant le recrutement, la répartition et la rémunération des professionnels.

RECOMMANDATION 17 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait examiner les programmes d'études et de formation existants et faire des recommandations aux provinces et territoires de façon à ce que les programmes d'études soient davantage intégrés pour mieux préparer les professionnels de la santé, en particulier pour le travail en milieu de soins de santé primaires.

RECOMMANDATION 18 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait élaborer un plan global visant à régler les problèmes touchant le nombre, la répartition, les études et la formation, la rémunération, les compétences et les profils d'exercice des professionnels canadiens de la santé.

Améliorer l'information sur la main-d'oeuvre canadienne en santé

Il est primordial de disposer de données exhaustives et nationales sur l'état de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Dès le départ, le Conseil devrait prendre des mesures pour combler les graves lacunes en matière d'information à ce sujet. Exception faite des données de base sur la disponibilité et la répartition des infirmières et des médecins, on n'a guère d'information sur les autres professionnels de la santé et dispensateurs de soins. On ne dispose que de données fragmentaires sur les stratégies permettant d'encourager les médecins à travailler en collaboration. Par ailleurs, on n'a pas accès à de l'information normalisée, d'un bout à l'autre du pays. Il est donc difficile de cerner les tendances, de recueillir des données comparables sur l'offre de dispensateurs de soins ou de déterminer dans quelle mesure l'éventail actuel de ces travailleurs permettra de combler les besoins de santé actuels et futurs des Canadiens (ICIS 2002b).

Il faut remédier à cette grave pénurie d'information. On devrait établir des normes nationales de collecte des données, de façon à ce qu'il soit possible de comparer les données de provinces ou de territoires différents et de suivre et d'analyser les tendances de l'offre, de la répartition, de la mobilité et de la composition de la main-d'œuvre en santé. Cette base de connaissances est essentielle à la planification à long terme de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé au Canada.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a entrepris un travail de premier plan dans ce domaine, mais il reste encore beaucoup à faire. Le nouveau Conseil de la santé du Canada, dont l'ICIS sera l'épine dorsale pour ce qui concerne l'information, pourrait devenir un chef de file mondial de la collecte et de l'analyse des données destinées à guider la planification et le perfectionnement des ressources humaines en santé. Dans le cadre de ce travail, le Conseil de la santé devrait recueillir et évaluer les données nationales et internationales sur la rémunération, les conditions de travail, la qualité de la vie professionnelle des travailleurs de la santé, la charge de travail et d'autres questions qui ont une incidence sur la main-d'oeuvre canadienne. Cette information devrait aider les gouvernements, les dispensateurs de soins et leurs organisations à régler ces problèmes à long terme.

Examiner et renouveler les programmes d'études et de formation à l'intention des professionnels de la santé

Les initiatives actuelles en matière de soins de santé primaires font ressortir la nécessité pour les professionnels de la santé de travailler en collaboration au sein d'équipes et de réseaux intégrés axés sur les besoins des patients. Au cours des dernières années, certains ont affirmé que les programmes d'études et de formation destinés aux professionnels ne répondent plus aux besoins de santé des Canadiens. On a avancé quantité d'arguments pour démontrer la nécessité de modifier les méthodes actuelles de formation des professionnels de la santé, notamment :

- Le domaine des soins de santé est dynamique et requiert un apprentissage et des changements constants.
- L'adoption d'une approche fondée sur des données probantes nécessite de nouvelles compétences.
- Il faut modifier les relations entre les dispensateurs de soins et les patients, car ces derniers jouent de plus en plus un rôle actif face à leur santé et aux soins qu'ils reçoivent.

- Les changements apportés aux modalités de prestation des services de santé ont des répercussions directes sur la gamme de compétences que les professionnels sont censés posséder.
- Il faut disposer de nouveaux modèles, qui témoignent des modalités différentes de prestation des services de santé.
- Les Canadiens souhaitent que l'on mette davantage l'accent sur la promotion de la santé, le mieux-être et la prévention des maladies, et que ces éléments fassent partie intégrante de leur système de santé.

Étant donné que le domaine de la santé est en constante évolution, il y a lieu de modifier en conséquence les études et la formation des professionnels de la santé. Comme l'a souligné un intervenant, nous formons dans une large mesure nos professionnels de la santé en vase clos. Ensuite, une fois leur formation terminée, nous leur demandons de travailler ensemble (Bowmer 2002). Si l'on veut que tous les dispensateurs de soins collaborent et partagent leur expertise, il serait normal que leurs études et leur formation les préparent à travailler en équipe.

Certaines expériences de formation interprofessionnelle sont déjà en cours au Canada, notamment la récente collaboration entre l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Association canadienne des écoles universitaires de sciences infirmières, en partenariat avec Santé Canada. Le College of Health Disciplines de l'Université de la Colombie-Britannique a accompli aussi un travail remarquable dans ce domaine. Dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission, il rappelle que « notre motivation profonde est la conviction que la formation et la collaboration interprofessionnelles sont essentielles à la prestation satisfaisante des soins... » (University of British Columbia College of Health Disciplines 2001) [*Traduction*]. On y précise que la formation interprofessionnelle est un processus d'apprentissage grâce auquel différents professionnels partagent leurs connaissances, s'informent sur le travail des autres et travaillent en équipe de manière à acquérir une démarche concertée. Si ces initiatives constituent un pas dans la bonne voie, une intervenante de l'École des sciences infirmières de Victoria a reconnu qu'il y a nettement matière à amélioration. Elle a pressé les pouvoirs publics d'aider les professionnels à amorcer ce virage, tout en les mettant en garde contre la tentation d'adopter des approches imposées d'en haut, qui risquent de nuire aux relations que l'on tente de favoriser (University of Victoria School of Nursing 2002).

Le Conseil de la santé du Canada, qui devrait compter des professionnels de la santé parmi ses membres, pourrait jouer un rôle important en examinant les programmes actuels d'études et de formation destinés à la gamme de dispensateurs de soins et en recommandant un programme d'études intégré pour les futurs dispensateurs de soins. Il pourrait en outre se pencher sur un éventail de questions, notamment les obstacles à l'admission dans les programmes d'études, en particulier dans les facultés de médecine, les méthodes susceptibles d'accroître le recrutement de dispensateurs de soins parmi les Autochtones (comme il en sera question au chapitre 10) et d'élargir les expériences dans les collectivités rurales et éloignées (se reporter au chapitre 7).

Élaborer un plan global pour préparer l'avenir de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé

Comme il est si bien écrit dans un rapport, la planification des ressources humaines ressemble assez à un « feuilleton télévisé typique : on peut cesser de l'écouter pendant des

années, puis recommencer en ayant l'impression de n'avoir pas raté grand-chose » (Barer et al. 1999, 3) [*Traduction*]. Il est temps de conclure en beauté ce feuilleton. Au cours des consultations, nombre d'intervenants ont rappelé à la Commission l'importance du leadership et la nécessité d'adopter une approche plus concertée dans tout le pays, de manière à ne pas régler seulement les problèmes immédiats mais aussi à amorcer un débat national sur les besoins futurs et les meilleurs moyens de doter le Canada d'une main-d'oeuvre optimale en santé.

Dans le cadre du travail qu'ils ont accompli pour la Commission, les chercheurs des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques sont arrivés rapidement à la conclusion que quelque chose d'essentiel doit se produire si l'on veut réussir à améliorer la capacité de planification des ressources humaines en santé. « Durant toute la durée du projet, on nous a dit et redit qu'il n'existe actuellement aucun mécanisme viable de planification des ressources humaines en santé au Canada, ce qui explique que les discussions relatives aux ressources humaines tournent en rond et ne vont jamais au cœur du problème » (RCRPP 2002, 24).

Au Canada, la planification des ressources humaines en santé a été minée par les problèmes suivants :

- **La planification est, au mieux, intermittente** — Rares sont les données pouvant laisser croire que la planification prend suffisamment en considération les données et les tendances démographiques, les déterminants plus généraux de la santé, les besoins particuliers des patients ou les connaissances et compétences communes à tous les dispensateurs de soins ou propres à chacun d'eux. En outre, les tentatives de planification sont souvent fondées sur des estimations, centrées sur une seule discipline.
- **Trop souvent, on recherche les solutions miracles** — Selon les participants à une table ronde sur les ressources humaines, parrainée par la Commission, les antécédents du Canada en matière de planification des ressources humaines en santé ne sont guère glorieux, car les politiques ont surtout eu pour objet de proposer des solutions miracles. Comme l'a indiqué le ministre responsable de la planification en santé de la Colombie-Britannique, nous payons aujourd'hui le prix de décennies de vision fragmentaire (Colombie-Britannique 2002).
- **L'altération de la qualité de la vie professionnelle des travailleurs de la santé est en partie attribuable à l'insuffisance de la planification en santé** — Nous avons trop compté sur le travail occasionnel, le travail à temps partiel et le temps supplémentaire, ce qui a eu pour effet de créer un profond sentiment d'insatisfaction chez les professionnels de la santé à l'égard du milieu de travail. Au Québec, la Commission Clair a observé que « Les dernières années ont été éprouvantes pour ceux qui oeuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, les pénuries dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements » (Clair 2001, 112). L'altération de la qualité du milieu de travail en santé, en particulier pour le personnel infirmier, a en outre contribué à accroître les exigences salariales partout au pays.
- **La planification se limite à des initiatives provinciales et territoriales isolées** — Chaque province, territoire et collectivité s'emploie à trouver ses propres solutions aux nombreux problèmes de sa main-d'oeuvre en santé, depuis des mesures précises visant à

recruter et à retenir les professionnels dans les collectivités rurales et éloignées jusqu'à des programmes ciblés d'études et de formation. Ces tentatives isolées entraînent un chevauchement des efforts dans l'ensemble du pays. Selon Barer et al. (1999, 39), l'absence d'une approche nationale de planification des ressources humaines en santé, conjugué aux perspectives limitatives et étroites adoptées par les provinces, avant tout soucieuses de résoudre leurs propres problèmes de main-d'oeuvre, a entraîné dans le passé un climat de compétition improductive plutôt que de coopération. Il a été mentionné que les décisions prises par certaines provinces ont en fait entraîné un véritable « pillage » de la main-d'œuvre en santé déjà décimée des autres provinces. D'après un participant à la table ronde d'experts organisée à Halifax par la Commission : « Globalement, nous avons un réservoir national d'étudiants, mais les provinces travaillent isolément sans leadership national. Il est ironique de constater qu'une augmentation des admissions dans les facultés de médecine de la Nouvelle-Écosse contribue à accroître le nombre de médecins en Alberta » [*Traduction*].

- **L'interdépendance des enjeux et le grand nombre d'acteurs rendent difficile la planification** — La planification est entravée par un certain nombre d'enjeux interreliés, notamment les études et la formation, les champs d'exercice, les différents règlements appliqués dans les provinces et les territoires et les tensions constantes de la main-d'oeuvre au sein du système de santé. Ajoutons à cela la multiplicité des acteurs issus des gouvernements provinciaux et territoriaux, des universités, des organes de réglementation, des syndicats et des divers employeurs (voir tableau 4.3). Comme l'indiquent les RCRPP (2002, 28) : « Historiquement, le Canada a toujours été placé dans une situation où les gouvernements font une chose, les établissements d'enseignement, une autre, et les organes de réglementation, une troisième » [*Traduction*].

Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral sont conscients de la gravité des problèmes et sont prêts à chercher ensemble des solutions. En septembre 2000, les premiers ministres ont convenu de travailler ensemble à « coordonner les efforts visant à optimiser le nombre de médecins, infirmières et autres professionnels de la santé afin d'assurer aux Canadiens et Canadiennes un accès, dans les délais raisonnables, aux services de santé dont ils ont besoin, peu importe l'endroit où ils vivent » (RPM 2000). Les premiers ministres provinciaux ont fait écho à cette volonté de coopération lors de leur réunion de l'automne 2001. Ils ont convenu que « les provinces et les territoires devraient avoir une approche commune (…) pour la détermination des guides de pratique pour les professionnels de la santé ». Ils ont également convenu « de la nécessité d'une meilleure planification et d'une coopération interprovinciale en matière de formation et de recrutement des professionnels de la santé pour assurer qu'il y a dans toutes les provinces et dans tous les territoires un nombre suffisant de professionnels de la santé » (CAP 2001).

Le Conseil de la santé du Canada, dont nous proposons la création, bénéficierait de l'expertise des dispensateurs de soins et serait le mécanisme idéal pour régler les problèmes de ressources humaines en santé et veiller à la poursuite du processus à long terme. Il pourrait servir de point de convergence et faciliter la coopération entre les gouvernements, les dispensateurs de soins et la population. À titre d'organisme autonome et indépendant, il serait en mesure d'aborder les questions délicates, telles que les demandes des diverses organisations de

Tableau 4.3
Responsabilités en matière de politique et de planification dans l'ensemble du Canada

Leviers politiques utilisés dans la planification des ressources humaines en santé	Provincial/Local	National
Collecte et contrôle des données	Ministères de la Santé Organismes de recherche Collectivités locales	ICIS Groupes d'intervenants
Établissement du nombre et de la gamme de postes pour des étudiants de premier cycle	Ministères de la Santé Ministères responsables des collèges/universités Facultés de médecine/sciences infirmières/autres sciences de la santé	
Établissement du nombre de postes pour des étudiants de deuxième cycle	Ministères de la Santé Facultés de médecine/sciences infirmières/autres sciences de la santé	
Établissement des droits de scolarité	Universités Ministères responsables des collèges/universités	
Élaboration du programme d'enseignement	Facultés de médecine/sciences infirmières/autres sciences de la santé	Conseil médical du Canada
Élaboration du programme de formation	Facultés de médecine/sciences infirmières/autres sciences de la santé Centres d'études en sciences de la santé	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada Collège des médecins de famille du Canada
Normes d'inscription au tableau et de permis d'exercice	Organismes de réglementation	
Évaluation continue des compétences	Organismes de réglementation Employeurs	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada Collège des médecins de famille du Canada
Normes d'exercice	Organismes de réglementation Associations professionnelles Employeurs	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada Collège des médecins de famille du Canada Associations professionnelles
Champs d'exercice	Organismes de réglementation	
Politique d'immigration	Gouvernements provinciaux	Gouvernement du Canada
Mécanisme d'incitatif financier	Ministères de la Santé Agents négociateurs	
Programmes de recrutement et de maintien en fonction	Ministères de la Santé Collectivités locales Employeurs	
Conception des tâches	Syndicats Employeurs	
Conventions collectives	Gouvernements provinciaux Agents négociateurs	

Source : RCRPP 2002.

dispensateurs de soins et l'évolution des champs d'exercice. Le Conseil de la santé devrait pouvoir examiner de manière indépendante les relations entre les diverses professions de la santé et encourager une meilleure communication.

> *« Les gens qui dispensent les soins en première ligne ont le sentiment qu'on ne les écoute pas. »*
>
> Dr Denise Bowes. Exposé à l'audience publique d'Ottawa.

Pour s'acquitter de ce mandat, le Conseil de la santé devrait miser sur le travail accompli par le comité intergouvernemental actuel, le Comité consultatif des ressources humaines en santé. Il devrait mettre à profit l'expertise des gens de l'extérieur du gouvernement et entreprendre les recherches et les analyses nécessaires pour combler les lacunes dans les connaissances actuelles. Pour accomplir cette lourde tâche, le Conseil de la santé du Canada pourra compter sur l'expertise actuelle de l'ICIS, puiser dans les sources d'information existantes et travailler en étroite collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et d'autres organismes canadiens s'intéressant à la recherche et aux politiques.

De façon générale, il nous faut « une approche fondamentalement nouvelle concernant l'élément humain du système de santé; les employés doivent être considérés comme des actifs dont il faut se soucier et non comme des coûts qu'il faut contrôler » (Koehoorn et al. 2002, 2) [*Traduction*]. L'expérience nous a appris que les chances de succès sont limitées si les principaux acteurs ne sont pas directement associés au processus de changement des soins de santé. Trop souvent, les ressources humaines sont considérées comme un coût qu'il faut maîtriser et non comme un outil susceptible d'aider le système à atteindre ses objectifs (Dallaire et Normand 2002). À titre de leader, le Conseil de la santé du Canada peut mettre à contribution tous les dispensateurs de soins, toutes les provinces et tous les territoires ainsi que les autres acteurs déterminants du système de santé afin de s'attaquer au problème à long terme et avoir un retentissement durable et profond sur l'avenir de la main-d'œuvre.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Les Canadiens s'inquiètent de la disponibilité et de la répartition des infirmières, des médecins et des autres dispensateurs de soins. Ils ont été informés de l'imminence d'une crise et s'attendent à ce que des gestes concrets soient posés. On leur a vanté l'importance d'une meilleure planification, mais ces propos sont trop souvent restés lettre morte. Un trop grand nombre de Canadiens n'ont toujours pas accès à un médecin dans leur collectivité, doivent attendre pour consulter un spécialiste ou déplorent la pénurie d'infirmières au service des urgences alors que leur état exige des soins immédiats.

En plus d'être confrontés à ces problèmes immédiats, les professionnels de la santé s'inquiètent grandement de la qualité de leur vie professionnelle et ont à maintes reprises réclamé que des mesures soient prises pour améliorer le moral des troupes et les conditions de travail au quotidien. Par ailleurs, en raison de l'évolution constante des modalités de prestation des services — en particulier l'accent sur les soins de santé primaires — il faut aujourd'hui faire sauter nombre des barrières qui se dressaient auparavant entre les dispensateurs de soins. Bien qu'il ne faille pas espérer des solutions immédiates, les Canadiens sont en droit d'escompter un effort national de grande portée pour régler de toute urgence ces problèmes pressants.

En plus des mesures recommandées dans le présent chapitre, les Canadiens sont en droit de s'attendre à :

- des mesures immédiates et ciblées visant à accroître la disponibilité et la répartition des dispensateurs de soins et des professionnels de la santé, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées;
- une offre stable et durable de dispensateurs de soins et de professionnels de la santé dans l'avenir;
- une utilisation plus judicieuse de la gamme de compétences des divers dispensateurs de soins, sans égard aux frontières entre les champs d'exercice traditionnels;
- des professionnels désireux et capables de travailler en équipes et en réseaux dans le but de répondre aux besoins de leurs patients, et qui ont reçu la formation voulue pour ce faire;
- la diffusion de rapports réguliers faisant état des gestes posés pour régler les problèmes pressants actuels et des plans pour l'avenir.

Dans ces recommandations, un message s'adresse tout particulièrement aux professions de la santé. Il faudra donner suite à leurs demandes et améliorer le climat de travail en réduisant le stress et les tensions. En revanche, les professionnels eux-mêmes doivent être disposés à abandonner les modèles d'exercice et les schémas de pensée périmés et taire les vieilles rancœurs.

Tous les acteurs du système de santé — depuis les gouvernements jusqu'aux dispensateurs de soins de première ligne — doivent se tourner résolument vers l'avenir, adhérer au changement et s'engager immédiatement dans cette voie.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET PRÉVENTION

Orientations proposées

- ***Donner enfin une véritable impulsion au développement des soins de santé primaires et à la transformation du système de santé canadien.***
- ***Se servir du Transfert en matière de soins primaires comme impulsion pour modifier en profondeur le mode de prestation des soins de santé partout au Canada.***
- ***Créer, dans le secteur des soins de santé primaires, une plateforme nationale commune qui s'articule autour de quatre axes essentiels.***
- ***Charger le futur Conseil de la santé du Canada de tenir un Sommet national sur les soins de santé primaires afin de mobiliser les efforts dans ce domaine aux quatre coins du Canada et de continuer sur cette lancée en évaluant les progrès accomplis et en rendant compte régulièrement aux Canadiens.***
- ***Faire une place de choix aux initiatives de prévention et de promotion à l'intérieur des soins de santé primaires qui viseraient dans un premier temps à réduire la consommation de tabac et l'obésité et à accroître le niveau d'activité physique au Canada.***
- ***Mettre en œuvre une nouvelle stratégie nationale d'immunisation.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Presque tous s'accordent à dire que les soins de santé primaires peuvent s'avérer extrêmement profitables tant pour les Canadiens que pour le système de santé. Les soins de santé primaires sont perçus comme une nécessité absolue aux yeux de la majorité des experts de l'élaboration de politiques et des professionnels de la santé. En septembre 2000, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de joindre leurs efforts dans le cadre d'un programme de soins de santé primaires. Pour reprendre les termes de l'entente signée par les premiers ministres, « (l)'amélioration des soins primaires est essentielle au renouvellement des systèmes de santé. Toutes les provinces et territoires se sont engagés à veiller à ce que ceux

qui entrent dans leurs systèmes de santé reçoivent les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié, à l'endroit le plus approprié » (RPM 2000).

Les Canadiens, aussi, semblent favorables à une transformation du secteur des soins de santé primaires. Tous ne saisissent pas nécessairement tout ce que recouvre le concept de soins de santé primaires, mais l'importance attachée à la prévention et à la promotion de la santé, l'espoir de voir se développer une première ligne de services forte et accessible ou le désir d'établir une relation de confiance de longue durée avec un professionnel de la santé sont autant de thèmes récurrents dans les consultations et dans les enquêtes d'opinion menées par la Commission. (EKOS 2002). Lors des consultations publiques et des tables rondes réunissant des experts organisées par la Commission, un nombre considérable de personnes ont appelé de leurs vœux la mise en place d'un système de soins de santé primaires complet et efficace. Au bilan, deux grands thèmes se dégagent, sous une forme ou une autre, des exposés présentés devant la Commission : d'une part, l'importance de la continuité et de la coordination des soins et des services de santé; et, d'autre part, la relation de réciprocité entre santé individuelle et santé de la population.

Un tel consensus à l'égard des soins de santé est remarquable. Dans les faits, la question n'est donc pas de déterminer s'il convient de mettre l'accent sur les soins de santé primaires, mais plutôt de supprimer les obstacles qui nuisent à la réalisation d'un tel projet.

Or, à la différence d'autres initiatives décrites dans notre rapport, on ne peut concevoir et mettre en œuvre une approche de soins de santé primaires comme s'il s'agissait d'un simple programme de santé. C'est en effet une initiative qui implique une modification en profondeur de l'ensemble du système de santé. Elle suppose que l'on transforme le mode de fonctionnement actuel du système, autrement dit, que l'on cesse de mettre l'accent presque exclusivement sur les soins hospitaliers et les soins médicaux, que l'on élimine les barrières qui existent trop souvent entre les professionnels de la santé et que l'on s'applique avec constance à prévenir les maladies et les accidents et à améliorer l'état de santé. En fait, aucune autre initiative ne peut avoir, sur l'amélioration de la santé et sur l'avenir du système de santé, des effets comparables. En faisant des soins de santé primaires le pivot de notre système de santé, nous pouvons :

- Prendre sur-le-champ les mesures qui s'imposent pour prévenir les maladies et les accidents et pour améliorer la santé de tous les Canadiens.
- Réduire le nombre de tests inutilement répétés et le chevauchement dans les services assurés par divers secteurs et différents dispensateurs, pratiques qui s'avèrent coûteuses et inefficaces.
- Remplacer le recours inutile aux hôpitaux, aux services d'urgence et aux traitements médicaux coûteux par des soins de santé primaires complets, accessibles à la population quotidiennement, 24 heures sur 24.
- Éliminer les barrières entre les professions de la santé, les établissements et différents secteurs du système de santé, et faire converger les efforts vers l'objectif commun : l'amélioration de la santé et des soins de santé à la population canadienne.

« Lorsque les gens qui pourraient faire appel aux soins primaires se tournent vers les soins secondaires, elles engorgent le système. Si l'on corrigeait cette situation, on pourrait réaliser des économies. »

ASSOCIATION DES OPTOMETRISTES DU QUÉBEC. EXPOSÉ A L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

Il est impossible de chiffrer ces avantages avec précision, mais il y a tout lieu de croire que les soins de santé primaires auraient pour effet non seulement de permettre aux Canadiens de réaliser des économies, par une réduction des dépenses futures liées au système de santé, mais aussi d'améliorer la santé et de sauver des vies. Bref, mettre l'accent sur les soins de santé primaires est essentiel à la transformation du système de santé canadien.

La Commission partage la frustration largement ressentie face au caractère fragmentaire et à la trop grande lenteur des progrès accomplis jusqu'ici. Le nouveau projet de Transfert en matière de soins primaires est essentiel car il permettrait de faire démarrer rapidement le processus et de passer d'une série d'expériences de soins de santé primaires isolées et de courte durée à une réforme durable et véritable. Le Transfert aux provinces et aux territoires devrait être clairement assorti de la condition que les provinces et les territoires aillent de l'avant en matière de soins de santé primaires en s'appuyant sur quatre principes : continuité des soins, détection et intervention précoces, amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et incitatifs nouveaux et plus puissants. La tenue d'un Sommet national permettrait alors de mobiliser les efforts partout au Canada et de les orienter vers la détection et la suppression des entraves à la mise en oeuvre de l'approche axée sur les soins de santé primaires. Il faudrait charger le futur Conseil des soins de santé de suivre et de mesurer les progrès accomplis et de rendre compte à la population de l'évolution de la réforme des soins de santé primaires. Ces initiatives, conjuguées à l'adoption délibérée de mesures en vue d'intégrer la prévention aux soins de santé primaires, devraient permettre de donner l'élan nécessaire à la transformation du système de santé canadien et à l'amélioration de la santé des Canadiens pour les générations à venir.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA — PERSPECTIVES ET OBSTACLES

Les possibilités découlant des soins de santé primaires

Depuis quelques années, les soins de santé primaires ont été l'objet d'une attention constante au Canada, et on observe une certaine confusion quant à la signification réelle du concept. En fait, les soins de santé primaires englobent divers éléments complexes :

- Ils combinent des services médicaux complets, des services infirmiers et d'autres services de santé de qualité supérieure avec des programmes de prévention de la maladie et d'éducation sanitaire.
- Les services ont pour cibles non seulement les individus mais aussi les collectivités où ils vivent. C'est le cas des programmes de santé publique qui visent à combattre les épidémies, à améliorer la qualité de l'eau ou de l'air, ou de programmes de promotion de la santé qui ont pour objet de réduire les risques découlant du tabagisme, de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies.
- Les services sont structurés de manière à tenir compte des besoins et des caractéristiques de la population desservie, soit un groupe de personnes vivant dans un lieu défini (approche géographique), soit des personnes appartenant à un groupe social ou culturel (approche axée sur la population).
- Les professionnels de la santé travaillent au sein d'organisations ou de réseaux qui misent sur le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaire.
- Les services sont accessibles tous les jours, 24 heures sur 24.

- La prise de décision est décentralisée, autrement dit confiée aux organisations de base de la communauté, l'objectif étant de veiller à ce que les services soient adaptés aux besoins et aux caractéristiques de la population desservie et à ce que les collectivités se mobilisent autour d'objectifs en santé qui ont des répercussions directes à leur échelle.

En substance, les soins de santé primaires visent à accroître de manière substantielle l'importance des soins de première ligne et de ceux qui assurent ce « premier contact ». En vérité, les soins de santé primaires doivent être « le pivot et l'élément clé du système de santé » (OMS 1978).

Les soins de santé primaires comportent un certain nombre d'avantages :

- **Meilleure coordination des soins** — Les soins de santé primaires doivent permettre à chaque Canadien d'accéder à une équipe ou à un réseau de dispensateurs de soins de santé soucieux de coordonner leur intervention avec les différents services offerts à l'intérieur du système de santé : conseils pour demeurer en bonne santé ou pour renoncer à la cigarette, traitement des maladies, soins dispensés en milieu hospitalier, suivi assuré par les services de soins à domicile ou surveillance de la consommation de médicaments d'ordonnance.
- **Amélioration de la qualité des soins** — Il est possible d'intervenir de manière plus efficace en première ligne, soit au premier point de contact des gens avec le système de santé. Les équipes et réseaux de dispensateurs de soins de santé et d'autres organisations peuvent joindre leurs efforts et assumer collectivement la responsabilité des soins offerts à une personne. Les renseignements complets contenus dans les dossiers de santé électroniques décrits au chapitre 3 permettent aux fournisseurs de services de santé de surveiller de manière continue l'état de santé d'une personne, de suivre l'évolution d'une maladie dont elle souffrirait et d'adopter une approche plus globale pour aider les gens à demeurer en bonne santé.
- **Utilisation plus judicieuse des ressources** — Les services d'urgence et les services hospitaliers font partie des éléments les plus coûteux du système de santé. Si un modèle efficace de soins de santé primaires était en place, les gens qui présentent des affections relativement bénignes ou des problèmes de santé persistants et qui désirent obtenir des conseils ou de l'aide seraient moins portés à se tourner vers les services d'urgence trop encombrés pour bien prendre en charge ce genre de cas. L'insistance sur la prévention de la maladie et la promotion du mieux-être devrait entraîner à long terme une diminution du recours nécessaire à des traitements coûteux offerts en milieu hospitalier, surtout contre les problèmes cardiovasculaires, certaines formes de cancer et une foule d'autres affections directement liées aux habitudes de vie. Même dans les cas où des traitements en milieu hospitalier sont requis, des soins de santé primaires efficaces permettront de veiller à ce que les soins dispensés au patient après son départ de l'hôpital soient bien coordonnés avec les soins à domicile, l'emploi de médicaments d'ordonnance et les services de réadaptation, ce qui réduira les risques d'une réadmission à l'hôpital.

Obstacles aux soins de santé primaires

Comme les effets bénéfiques possibles des soins de santé primaires font consensus, on pourrait se demander pourquoi on en est encore au stade du projet pilote, trente ans après le premier plaidoyer en faveur du concept de soins de santé primaires au Canada (Hastings 1972).

Certains des obstacles et des retards dans la mise en œuvre sont inhérents à tout processus de changement. Un changement de cap vers les soins de santé primaires n'est pas une mince affaire. En effet, réorienter un système aussi vaste et complexe que celui de la santé suppose une remise en question des décisions prises il y a de nombreuses années au sujet du mode d'organisation du système et du type de services offerts.

Le désir de perfection représente aussi une entrave au changement. Les promoteurs des soins de santé primaires ont souvent préconisé des solutions et des modèles idéaux mais peu pratiques, qui ne peuvent être réalisés dans notre monde imparfait. C'est parce qu'ils impliquent la réalisation simultanée de changements sur de trop nombreux fronts : formation et champ d'exercice des dispensateurs de soins de santé, organisations de soins de santé, attitudes des patients, degré de préparation des décideurs, considérations financières et habitudes de vie. Les expériences tentées au Canada et dans d'autres pays au cours des années 1990 ont montré qu'il est impossible d'intervenir dans autant de domaines en même temps sans compromettre la qualité de vie des professionnels de la santé, l'appui de la population, voire la qualité des soins (Rochefort 2001).

À ces facteurs, viennent s'ajouter six obstacles concrets :

- **L'importance prépondérante accordée aux soins hospitaliers et médicaux** — Le système de santé canadien est essentiellement axé sur les services hospitaliers et médicaux. Ces services ont souvent été le théâtre des plus grands succès de la médecine moderne. Or, il s'agit aussi des interventions les plus invasives et les plus coûteuses. Les soins de santé primaires permettent de mieux équilibrer les efforts de prévention des maladies et des accidents et les interventions à visée curative.
- **La spécialisation et la protection accrues des professionnels** — On observe chez les dispensateurs de soins de santé une tendance croissante à la spécialisation et les champs d'exercice deviennent traditionnellement une chasse gardée. L'expansion des soins de santé primaires va à l'encontre de cette tendance et suppose que les dispensateurs de soins fassent preuve de souplesse à l'égard des conditions de travail et du partage des responsabilités.
- **Fragmentation de la prestation de soins de santé** — De manière générale, les services de santé sont structurés selon le principe des « silos », en fonction de la personne qui dispense le service et du lieu où il est offert. Or, les soins de santé primaires privilégient la continuité des soins entre les divers secteurs. Une telle approche incite les dispensateurs de soins et les organisations à intégrer les services dispensés depuis le premier contact avec un médecin ou une infirmière praticienne jusqu'aux services destinés aux personnes en convalescence, atteintes de maladies chroniques ou ayant besoin de soins aigus ou spécialisés.

> *« Les soins de santé doivent être perçus comme un continuum, non pas comme une série de vignettes. »*
>
> FACULTÉ DE MÉDICINE DE L'UNIVERSITÉ MCGILL. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE MONTRÉAL.

- **Manque d'information en santé** — Au sein de notre système de santé, on n'a pas rapidement accès à des renseignements complets et exacts et on ne les utilise pas de manière judicieuse pour prendre des décisions. En tirant parti des nouvelles technologies et des façons d'exploiter les dossiers de santé électroniques évoquées au chapitre 3, les soins de santé primaires permettent d'améliorer la qualité des soins et de rendre l'information accessible aux dispensateurs de soins de santé et aux décideurs et, surtout, aux Canadiens qui utilisent le système.

> *« Je crois que si nous avions un système davantage à l'écoute des gens qu'il dessert, les choses iraient beaucoup mieux. »*
>
> JOANNE NEUBAUER. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE VICTORIA.

- **Pouvoir de décision restreint des patients** — Dans l'état actuel des choses, la plupart des patients n'ont qu'un rôle passif à jouer dans les décisions qui touchent la prise en charge de leur propre santé et n'ont qu'un pouvoir d'intervention limité sur ce plan. L'approche axée sur les soins de santé primaires fait une place de choix aux patients et leur attribue un rôle de premier plan dans la prise de décisions.
- **Rôle secondaire joué par la prévention et la promotion** — Dans le système actuel, les activités de prévention et de promotion ne représentent qu'une faible proportion du travail accompli par les pouvoirs publics, les autorités régionales de la santé et les dispensateurs de soins de santé. De plus, l'investissement dans la prévention de la maladie ne figure toujours pas en tête de liste des priorités de financement du gouvernement (Majnoni d'Intignano 2001). Une approche centrée sur les soins de santé primaires privilégie les activités de prévention et de promotion, aussi bien celles liées à des programmes nationaux qu'à un éventail d'initiatives locales et régionales.

On ne surmonte pas aisément l'un ou l'autre de ces obstacles, et encore moins tous les six en même temps. À bien des égards, opter pour les soins de santé primaires, c'est nager à contre-courant. Une telle démarche est contraire aux façons de faire profondément ancrées dans la culture qui imprègne notre système de santé et elle se heurte parfois à de puissants intérêts et à des privilèges séculaires. Une seule approche rigide ne peut venir à bout des différents obstacles. Vu la diversité des collectivités et des conjonctures régionales au Canada, il convient de tabler sur une approche souple qui puisse s'adapter aux divers milieux et aux différents groupes.

Nouvelles approches en matière de soins de santé primaires

Diverses approches ont été mises au point au Canada et ailleurs dans le monde dans le secteur des soins de santé primaires. Dans ce domaine, il est possible d'emprunter différentes voies afin de parvenir au même but.

L'entente signée par les premiers ministres en septembre 2000 a donné lieu à la création d'un fonds de 800 millions de dollars pour l'adaptation des soins de santé primaires, destiné à faciliter la réalisation de projets de soins de santé primaires partout au Canada. Jusqu'ici, le fonds a appuyé des projets pilotes et l'évaluation de leur efficacité. Il a mis en place un modèle de soins primaires assorti des conditions suivantes :

- Une augmentation du nombre d'organisations communautaires offrant des soins de santé primaires complets à une population ciblée;
- L'augmentation du nombre d'équipes interdisciplinaires au sein desquelles les infirmières autorisées, les pharmaciens et les autres fournisseurs de soins assumeront un rôle élargi;
- L'amélioration des liens avec les hôpitaux, les spécialistes et les autres services communautaires;
- Une importance accrue de la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et du traitement des maladies chroniques;
- L'amélioration de l'accès aux services offerts tous les jours, 24 heures sur 24 (SC 2002a).

Ce modèle traduit le consensus général en matière de soins de santé primaires et laisse aux provinces et aux territoires énormément de souplesse dans l'élaboration et l'application de diverses approches compatibles avec le cadre général des soins de santé primaires. Il a aussi donné naissance à différents projets pilotes aux quatre coins du Canada.

Si les approches axées sur les soins de santé primaires ne cessent d'évoluer, un certain nombre de problèmes ont été détectés. Certains aspects de ces approches ne reposent pas nécessairement sur des recherches et sur des données probantes, mais apparemment sur de bonnes idées ou des préférences. En fait, les exemples d'interventions bien intentionnées aux conséquences indésirables sont suffisamment nombreux pour donner à penser que les bonnes intentions ne suffisent pas lorsqu'il s'agit d'élaborer des politiques (MacIntyre et Petticrew 2002). En outre, si l'on se contente de multiplier le nombre d'organisations de soins de santé primaires sans se doter d'un plan global, on n'obtiendra pas nécessairement le genre de changement de fond que beaucoup souhaitent. L'exemple du Québec à cet égard est éloquent. Un réseau complet de centres locaux de santé communautaire (CLSC) — qui offre à la fois des services sociaux et des services de santé — a été implanté dans cette province sans que la structure du système de santé et les priorités des décideurs ou des utilisateurs du système changent fondamentalement. Enfin, on observe, dans certains modèles, une tendance à considérer chaque condition du modèle comme une fin en soi, de sorte que l'ensemble du projet peut être compromis si l'une ou l'autre des conditions n'est pas remplie.

Comme le signale l'annexe F, il existe, aux quatre coins du Canada, des centaines d'organisations de soins primaires, et plusieurs autres sont en voie d'être créées. Malheureusement, les efforts déployés un peu partout pour appliquer une approche de soins de santé primaires se sont concentrés sur des projets pilotes isolés, dotés d'un financement à court terme. Les efforts sont fragmentaires et isolés et n'ont pu tabler sur la possibilité d'une transformation du système de santé. D'ailleurs, la lenteur avec laquelle avance le dossier de l'implantation des soins de santé primaires a eu des répercussions sur l'ensemble du système de santé, comme en témoigne de manière saisissante le cas des services d'urgence au Canada. Faute de solutions de rechange en soins de santé primaires, les patients et les professionnels de la santé n'ont pour ainsi dire d'autre choix que de se tourner vers les services d'urgence (Association canadienne des médecins d'urgence 2001). Le problème devient encore plus aigu lorsque les hôpitaux ne peuvent utiliser de manière optimale leurs lits faute de programmes communautaires capables d'offrir aux convalescents le soutien nécessaire à domicile.

Toutes les expériences tentées jusqu'ici dans le secteur des soins de santé primaires représentent certes un bon départ, mais globalement, elles n'ont pas permis de réaliser la percée nécessaire à la transformation du système de santé dans le secteur des soins de santé primaires. De l'avis de la Commission, la meilleure façon de procéder consiste à :

- octroyer des fonds spécifiquement rattachés à une plateforme nationale commune qui définit les axes essentiels des soins de santé primaires;
- donner l'impulsion et offrir les incitatifs nécessaires à un changement généralisé;
- déceler les obstacles et les éliminer;
- faire preuve de transparence de sorte que les Canadiens puissent tenir les pouvoirs publics et les dispensateurs de soins imputables si les choses n'évoluent pas.

ACCÉLÉRER LE CHANGEMENT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

RECOMMANDATION 19 :

Il faudrait utiliser le futur Transfert en matière de soins primaires comme moyen d'accélérer la mise en œuvre de l'approche de soins de santé primaires. L'octroi de fonds devrait être assorti de la condition que les provinces et les territoires aillent de l'avant dans l'application de l'approche centrée sur les soins de santé primaires, fondée sur quatre axes essentiels : continuité des soins, détection et intervention précoces, amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et incitatifs nouveaux et plus puissants.

Utiliser le Transfert en matière de soins primaires comme catalyseur du changement

Un certain nombre de constats importants ressortent nettement des expériences tentées au Canada et ailleurs dans le monde. Les soins de santé primaires ont la capacité de transformer en profondeur le mode de prestation des soins de santé au Canada. Ils comportent des avantages énormes pour les Canadiens et pour le système de santé puisqu'ils permettraient d'améliorer la santé et d'assurer la viabilité du système de santé. Presque tous s'accordent pour dire qu'il s'agit de la voie à suivre. La difficulté ne tient pas tant à l'objectif visé qu'à l'élimination des facteurs qui empêchent de faire des soins de santé primaires le pivot du système de santé canadien.

Mise en place de quatre axes essentiels

De l'avis de la Commission, les quatre axes définis ci-dessous, par ordre de priorité, sont essentiels à l'expansion des soins de santé primaires au Canada et s'appliquent à tous les modèles de soins possibles :

1. ***Continuité et coordination des soins***
2. ***Détection et intervention précoces***
3. ***Amélioration de l'information sur les besoins et les résultats***
4. ***Incitatifs nouveaux et plus puissants***

À l'intérieur de ce cadre, le pouvoir d'intervention et la marge de manœuvre sont énormes. De l'avis de la Commission, il n'existe pas de modèle unique au chapitre des soins de santé primaires. Toutefois, étant donné l'importance de ces quatre axes essentiels et la nécessité d'agir de manière concertée partout au Canada, les modalités de financement prévues dans le cadre du Transfert en matière de soins primaires devraient faire en sorte que ces conditions soient remplies grâce à diverses approches élaborées et mises en œuvre dans les provinces et les territoires.

Continuité et coordination des soins

Trop souvent, les Canadiens doivent se débrouiller seuls dans le dédale de services et parmi une foule d'intervenants pour trouver réponse à toutes leurs questions et à tous leurs besoins. Une telle fragmentation occasionne aussi des dépenses inutiles. Elle donne lieu à une multiplicité de consultations et à une répétition inutile de tests. Elle s'accompagne souvent d'un cloisonnement

entre les spécialités médicales (c'est le cas par exemple de la prise en charge d'un cas de diabète qui serait assuré séparément par l'endocrinologie et la cardiologie) ou entre les niveaux de soins (p. ex. entre les soins offerts en établissement et les soins à domicile dans le cas d'une personne âgée). D'autres dépenses sont engendrées par la piètre qualité ou le niveau inadéquat des soins dispensés aux patients (Kohn et al. 2000).

Il y a lieu d'adopter un certain nombre de mesures importantes dans le secteur des soins de santé primaires pour remédier à ce problème et assurer la continuité des soins.

- **Gestionnaire de cas** — Un gestionnaire de cas est une personne qui guide le patient confronté aux différents aspects du système de santé et qui coordonne tous les éléments de sa prise en charge. L'objectif visé est de personnaliser les soins offerts aux patients et d'assurer les liens qui s'imposent entre les différents niveaux et types de soins. De nombreux modèles attribuent au médecin de famille le rôle de gestionnaire de cas. D'autres pensent que l'infirmière devrait être le principal point de contact du patient et agir comme son guide à l'intérieur du système de santé, en vertu d'une tradition qui fait du personnel infirmier le représentant des droits des patients. Toutefois, il ressort d'un projet très réussi financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé que le gestionnaire de cas ne doit pas nécessairement être un médecin ou une infirmière pourvu que l'accès aux services médicaux et infirmiers nécessaires soit assuré sans période d'attente indue et sans restrictions inutiles (Durand et al. 2001). Le chapitre 8, qui traite des soins à domicile, souligne aussi l'importance du rôle du gestionnaire de cas.
- **Intégration des services** — Les organisations de soins primaires peuvent assumer différents aspects du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des patients, et de nouvelles responsabilités en prévention et en promotion de la santé (Shortell et al. 1994). Ce concept de l'intégration des services est au cœur d'efforts entrepris par bien des provinces en vue de régionaliser les services.
- **Réseaux de soins ou programmes de prise en charge de la santé** — Ces réseaux visent généralement à offrir des soins continus aux personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques. Dans ce genre d'approche, des équipes de professionnels de la santé participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans pour la prise en charge du patient et veillent à ce que ce dernier reçoive tous les services voulus, notamment en ce qui concerne les médicaments, la prévention ou l'éducation et les soins médicaux.

Détection et intervention précoces

Parallèlement à l'essor du secteur des soins de santé primaires, on observe une prise de conscience croissante de la nécessité d'intégrer les initiatives axées sur la santé publique aux soins médicaux de première ligne. Aux États-Unis, par exemple, l'expérience a montré que le clivage qui existe entre la prévention et les soins médicaux dans un cadre clinique entraîne une détérioration des traitements et de la qualité des soins à visée préventive, notamment du dépistage. Comme le laisse entendre un expert, « Comment ne pas tenir le médecin responsable de veiller à ce que sa patiente passe régulièrement une mammographie, un test de Papanicolaou, et à assurer auprès d'elle un suivi pour voir à ce que l'on remédie rapidement à toute anomalie détectée? » [*Traduction*] (Davis 2002, 125). Les omnipraticiens ou les infirmières praticiennes devraient systématiquement évaluer les facteurs de risque de leurs patients, entre autres le

tabagisme, la nutrition et l'activité physique. Dans quelques modèles européens, c'est aux organisations de soins primaires qu'a été confiée la responsabilité de mener certaines campagnes d'immunisation — une expérience qui a connu un succès retentissant (Saltman et Figueras 1997).

Les soins de santé primaires peuvent contribuer énormément à prévenir la maladie et à améliorer la santé à long terme. Deux types d'interventions sont capitales — d'une part, celles qui ont pour objet d'inciter les gens à opter pour des habitudes de vie plus saines, par exemple les programmes destinés à améliorer la santé cardio-vasculaire ou à réduire le tabagisme, et d'autre part, celles qui visent certains facteurs de risque et la prévention de certaines maladies, grâce au dépistage, à la vaccination et au suivi pédiatrique.

Amélioration de l'information sur les besoins et les résultats

On ne saurait trop insister sur l'importance de l'information dans le secteur des soins de santé primaires, étant donné surtout la souplesse des formules possibles et la diversité des types de soins et de dispensateurs de soins en cause. Comme le laissent entendre Hutchison et Abelson (1996), l'information est essentielle dans ce domaine car :

- Elle aide le patient à faire des choix éclairés concernant les services accessibles ainsi que les possibilités offertes sur les plans diagnostique, thérapeutique et préventif.
- Elle procure aux professionnels de la santé les données dont ils ont besoin au sujet de leurs patients et de leur prise en charge pour qu'ils puissent assurer la continuité des soins, surveiller leur santé et offrir s'il y a lieu des programmes de prévention appropriés.
- Elle permet à tous les dispensateurs de soins de se tenir au courant de la somme considérable de connaissances dont ils ont besoin pour bien exercer leurs fonctions et d'appliquer ces connaissances en tenant compte des circonstances particulières de chaque patient.
- Elle permet aux administrateurs du domaine de la santé de disposer des données voulues pour veiller à ce que les besoins des collectivités soient considérés et à ce que les ressources soient affectées aux besoins prioritaires.
- Elle permet de connaître à fond les besoins et les attentes de la population en matière de santé tout en donnant aux responsables de l'élaboration de politiques la possibilité de mesurer les répercussions de différentes approches sur l'amélioration de la qualité des services de santé primaires.

Voilà autant de facteurs qui expliquent pourquoi il faudrait que les mesures destinées à mettre en place un système de dossiers de santé électroniques et à permettre aux patients et aux dispensateurs de soins d'avoir accès non seulement aux dossiers des patients mais également à des sources de renseignements complets et fiables sur les maladies, la prévention et les médicaments d'ordonnance s'inscrivent dans la perspective des soins de santé primaires. On trouvera au chapitre 3 des recommandations plus détaillées à ce sujet.

Incitatifs nouveaux et plus puissants

Le meilleur moyen de prendre le virage des soins de santé primaires et d'en faire le pivot du système de santé consiste à prévoir les incitatifs voulus, notamment :

- **Incitatifs financiers** — Dans l'état actuel des choses, le mode de rémunération des médecins et l'absence de mécanismes appropriés de rémunération d'autres dispensateurs de soins dans les centres de soins de santé primaires représentent des obstacles

importants. Il y a lieu d'offrir aux dispensateurs de soins les incitatifs voulus pour qu'ils choisissent de travailler dans le secteur des soins de santé primaires. Il faut aussi que leur mode de rémunération tienne compte du caractère intégré des soins qu'ils assurent.

- **Certitude et stabilité** — Jusqu'ici, les initiatives dans le secteur des soins de santé primaires ont été marquées par l'incertitude et leur durée et leur portée ont été limitées. Si l'on donnait aux dispensateurs de soins et aux régions l'assurance que les soins de santé primaires « sont là pour rester » et que les nouveaux modèles ne seront pas rapidement remplacés lorsque les fonds temporaires seront épuisés, ils seraient davantage portés à opter pour de telles approches. De plus, les organisations de soins primaires disposeraient ainsi de plus de temps pour établir des liens étroits avec les patients, leur famille et leur collectivité, et les professionnels auraient la possibilité d'améliorer leurs aptitudes et leurs compétences dans un cadre qui offre des soins de santé primaires.
- **Reconnaissance du personnel de première ligne** — Dans le secteur des soins de santé primaires, tous les dispensateurs de soins qui se trouvent sur la ligne de front jouent un rôle critique. Leur place essentielle au sein de l'équipe soignante devrait être reconnue.
- **Conditions de travail** — Les organisations de soins primaires devraient assouplir les conditions de travail des dispensateurs de soins : plus de latitude dans le mode d'organisation et de prestation des services, moins de rigidité concernant les champs d'exercice, plus de variété dans le type de travail et partage des responsabilités à l'égard des patients et de leur santé.
- **Qualité des soins** — De nombreux professionnels de la santé comprennent que les soins de santé primaires peuvent améliorer la qualité des soins parce que cette démarche leur permet de consacrer plus de temps et d'accorder plus d'attention à leurs patients, d'instaurer des rapports personnels et stables, de réduire le risque d'erreurs et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Voilà qui représente un puissant incitatif tant pour le dispensateur de soins que pour le patient.

> *« Il faudrait délaisser la rémunération à l'acte au profit de l'octroi d'un salaire. D'ailleurs de nombreux jeunes médecins préféreraient en fait cette formule qui leur éviterait de se préoccuper des frais généraux. »*
>
> ROBERT YOUNG. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE HALIFAX.

La question du mode de rémunération des médecins a soulevé bien des débats. Nombreux sont ceux qui estiment que le maintien de la rémunération à l'acte représente l'un des principaux obstacles à l'expansion des soins de santé primaires. Une formule qui consisterait à payer séparément chaque service dispensé peut entraîner un effet pervers en incitant le médecin à privilégier la quantité de services aux dépens de la qualité, pour maximiser son revenu. Autre problème, les barèmes de rémunération actuels ne prévoient pas souvent de mécanisme pour récompenser financièrement les médecins qui adoptent auprès de leurs patients une démarche plus globale, orientée vers la prévention. Il y a des cas, par exemple lorsqu'on a affaire à des services spécialisés, où la rémunération à l'acte est sans doute la formule la plus pertinente. Toutefois, lorsqu'il s'agit de médecins généralistes et de médecins de famille, la rémunération à l'acte entrave l'adoption d'une démarche axée sur les soins de santé primaires.

La plupart des modèles de soins de santé primaires préconisent d'autres modes de rémunération des médecins, comme le versement d'un salaire, ou la capitation, formule selon

laquelle le médecin reçoit une somme annuelle fixe pour chaque personne qui devient son patient. Ces alternatives permettraient au médecin de passer plus de temps auprès de ses patients, de s'informer davantage au sujet de leur santé et de leurs habitudes de vie et d'adopter auprès d'eux une démarche globale qui n'est plus tributaire du nombre de services facturables. Tout régime de rémunération comporte ses inconvénients. Un médecin salarié pourrait choisir de n'offrir que le service minimal requis, sachant que cette façon de faire n'aura aucune incidence sur son revenu. Autre cas de figure, le médecin payé à la capitation pourrait être porté à n'inscrire sur sa liste de clients que des patients en bonne santé, auxquels il devra consacrer moins de temps. En fait, on a certaines raisons de croire que les modes de rémunération mixtes représentent le meilleur compromis puisqu'ils permettent au médecin de bénéficier d'un revenu garanti tout en lui donnant la possibilité de consacrer plus de temps à chaque patient (Mathies 2000).

« Une approche axée sur les soins primaires ne se résume pas à changer la façon de rémunérer les médecins; elle englobe aussi les déterminants [de la santé]…. »

VICTORIA COALITION FOR HEALTHCARE REFORM. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE VICTORIA.

Certains iraient encore plus loin dans le changement du mode de rémunération des médecins. À l'heure actuelle, dans la plupart des provinces, il incombe aux autorités régionales de la santé d'organiser et de dispenser les services de soins de santé, y compris les soins de santé primaires. Les médecins ont une incidence directe sur les services que les autorités régionales de la santé sont censées dispenser, qu'il s'agisse de tests diagnostiques ou de temps consacré aux interventions chirurgicales. Or, les médecins rémunérés à l'acte se font payer directement par le régime provincial d'assurance-santé. De l'avis de certains, cette distinction entre les personnes chargées d'« organiser les services » et celles qui s'occupent de « payer les médecins » nuit à l'expansion des soins de santé primaires, et il faut y remédier.

Il ressort de deux récentes études provinciales sur les soins de santé que les pouvoirs publics provinciaux envisagent sérieusement de déléguer aux autorités régionales de la santé la responsabilité de rémunérer certains médecins payés à l'acte, afin de leur accorder une plus grande marge de manœuvre dans l'adoption d'initiatives axées sur les soins de santé primaires et de modes de rémunération différents (Fyke 2001; Mazankowski 2001). La Commission convient que c'est là une voie qui mérite d'être explorée par les autorités provinciales.

Le Transfert en matière de soins primaires se veut un grand catalyseur d'une réforme des soins de santé primaires partout au Canada. L'objectif visé n'est pas de donner naissance à des centaines de petites expériences dans le secteur des soins de santé primaires, mais plutôt de réaliser une transformation durable et véritable du système de santé.

En considérant ces axes essentiels, les fonds alloués aux provinces et aux territoires dans le cadre du Transfert en matière de soins primaires devraient être spécifiquement affectés à :

- Former et recycler les dispensateurs de soins pour qu'ils puissent évoluer dans un cadre de soins de santé primaires. Il s'agirait entre autres de former les gestionnaires de cas dont dépendra largement la réussite des approches axées sur les soins de santé primaires.
- Mettre en place de nouveaux modes de rémunération des médecins et d'autres dispensateurs de soins de santé pour que la diversité des champs de compétence des dispensateurs soit exploitée de manière optimale.

- Élargir considérablement la portée des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. (Des renseignements plus précis concernant les secteurs visés par ces investissements sont fournis dans une recommandation présentée plus loin dans ce chapitre.)
- Recueillir des éléments d'information, évaluer les résultats et les impacts et mettre en commun les pratiques exemplaires dans le secteur des soins de santé primaires.

Dans le cadre du projet de Transfert en matière de soins primaires, les provinces et les territoires recevraient un milliard de dollars au pro rata de leur population au cours des deux prochaines années; de leur côté, ils seraient censés investir dans ce secteur une somme égale à celle versée par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert, en y injectant des fonds nouveaux et en utilisant des ressources déjà allouées aux initiatives de soins de santé primaires. L'octroi de fonds devrait être subordonné à la condition que les provinces et les territoires les consacrent aux priorités signalées plus haut et mettent en application des approches centrées sur les soins de santé primaires.

DONNER L'ÉLAN À L'ÉCHELLE NATIONALE, S'ATTAQUER AUX OBSTACLES ET RENDRE COMPTE DES PROGRÈS ACCOMPLIS

RECOMMANDATION 20 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait parrainer, d'ici deux ans, un Sommet national sur les soins de santé primaires afin de mobiliser les efforts dans ce domaine aux quatre coins du Canada, d'évaluer les premiers résultats obtenus et de déterminer les mesures à prendre pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre des soins de santé primaires.

RECOMMANDATION 21 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait jouer un rôle de premier plan dans les secteurs suivants : suivi des résultats du Sommet, évaluation et suivi des progrès accomplis, diffusion de renseignements, comparaison des résultats obtenus par le Canada et les principaux pays et compte rendu à la population canadienne de l'évolution du dossier de la mise en oeuvre des soins de santé primaires au Canada.

Donner et garder l'élan

C'est avant tout aux provinces et aux territoires qu'appartiennent les décisions concernant la façon d'organiser et de dispenser les services de santé, notamment des soins de santé primaires, à l'intérieur de leur système de santé. Il leur revient de déterminer laquelle des différentes approches possibles dans le secteur des soins de santé primaires est la mieux adaptée aux besoins de leur population et laquelle leur apparaît la plus viable.

Désormais, cependant, il y a place pour la collaboration et la coopération. Pendant de nombreuses années, les provinces et les territoires ont mis en commun leurs efforts pour faire avancer des dossiers d'intérêt commun, échanger des idées et tirer profit des expériences des uns et des autres. En outre, étant donné les perspectives que laissent entrevoir les soins de santé

primaires et le rôle déterminant que peut jouer ce secteur dans la transformation du système de santé, il est d'autant plus important qu'un rôle de chef de file soit assumé à l'échelle nationale.

C'est pourquoi la Commission incite vivement les provinces et les territoires à adhérer à cet effort visant à mobiliser les énergies et les idées des dispensateurs de soins et d'autres intéressés dans le cadre d'un Sommet national sur les soins de santé primaires que devrait tenir le Conseil de la santé du Canada dont la création est proposée dans ce rapport. Ce dernier serait alors chargé d'assurer le suivi des résultats du Sommet, d'évaluer les progrès accomplis et d'en rendre compte régulièrement aux Canadiens.

Le Sommet envisagé devrait réunir des représentants des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, ainsi que des porte-parole des principales professions de la santé, des autorités régionales de la santé de partout au Canada et des personnes qui possèdent une certaine expérience de la prestation de soins de santé primaires. Il conviendrait aussi de mettre à contribution d'autres organismes des secteurs public et privé, entre autres des organismes de réglementation, des organisations bénévoles et des syndicats. Enfin, il faudrait offrir à des individus représentatifs de la diversité de la population canadienne la possibilité de participer de plein droit à une initiative d'une telle envergure.

Le Sommet devrait viser les objectifs suivants :

- Faire une analyse critique des progrès accomplis jusqu'ici dans la mise en œuvre des soins de santé primaires en ligne avec les quatre axes essentiels définis par la Commission.
- Déterminer les obstacles et les mesures à prendre pour les surmonter.
- Mobiliser les efforts de tous autour des pratiques exemplaires en matière de soins de santé primaires.
- « Mettre en lumière » les responsables des soins de santé primaires, déterminer où les progrès se font ou ne se font pas et jeter les bases de l'évaluation des résultats à venir.

Le Sommet ne saurait se résumer à une simple réunion de défenseurs des soins de santé primaires. Il doit déboucher sur des actions concrètes et la mise en œuvre. Les participants doivent s'attaquer aux enjeux difficiles, notamment aux questions de champs d'exercice, et mettre clairement en lumière les autres obstacles à vaincre. Le Sommet devrait fournir à des spécialistes d'autres pays l'occasion de se pencher et de donner leur avis sur la situation qui prévaut au Canada. Les recommandations issues du Sommet doivent préparer la voie à une concertation des efforts aux quatre coins du Canada. À l'instar de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF en 1978 (OMS 1978), qui a fait bouger les choses partout dans le monde, il faudrait que le Sommet national prévu au Canada contribue à donner l'impulsion nécessaire au changement.

Pour assurer le suivi des résultats du Sommet, il faudrait que le Conseil de la santé du Canada joue un rôle de fer de lance et qu'il s'emploie, de concert avec les provinces et les territoires, à mesurer les progrès et à en rendre compte. Plus précisément, le Conseil de la santé devrait :

- Élaborer des indicateurs et mesurer les progrès accomplis dans des secteurs clés, notamment l'intégration de la prévention aux soins médicaux, le maintien en poste des professionnels de la santé, l'adoption d'autres modes de rémunération des professionnels de la santé et l'amélioration de l'état de santé par des approches centrées sur les soins de santé primaires.

- Rendre compte régulièrement et clairement aux Canadiens des progrès accomplis par les pouvoirs publics et les dispensateurs de soins en vue d'éliminer les entraves à l'expansion généralisée du secteur des soins de santé primaires.
- Multiplier les travaux de recherche sur les questions controversées que soulèvent les soins de santé primaires, comme la rémunération des professionnels de la santé, l'organisation du travail, le financement des organisations de soins de santé primaires et l'inscription des patients.
- Comparer les résultats obtenus au Canada aux pratiques exemplaires observées dans d'autres pays.
- Contribuer à l'élaboration d'initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies pour faire en sorte que l'information soit diffusée auprès de la population par différents médias.

Le Conseil de la santé devrait aussi être bien placé pour aider les provinces et les territoires à adopter des stratégies de mise en œuvre des soins de santé primaires. Celles-ci devraient tenir compte des quatre conditions nécessaires à la réalisation d'un véritable changement (Nestle 2002) :

- **Des suggestions fondées sur des données probantes** — Comme nous l'avons déjà souligné, les données probantes concernant d'importantes caractéristiques des soins de santé primaires, notamment l'organisation du travail, la rémunération des professionnels, la qualité des soins ou la satisfaction des patients, sont insuffisantes, voire contradictoires (Hutchison et al. 2001; Abelson et Hutchison 1994). D'où un certain nombre de questions qui restent en suspend et qui donnent lieu à d'interminables débats. Le Conseil de la santé du Canada peut jouer ici un rôle très utile en s'employant, avec les principaux organismes de recherche, à multiplier les travaux de recherche ciblés sur ces sujets.
- **Un message clair** — L'une des difficultés que posent les soins de santé primaires tient à ce que l'on ne saisit pas toujours parfaitement la raison d'être d'une telle approche et pourquoi il s'agit d'une voie que devrait privilégier notre système de santé. À l'issue du Sommet, le Conseil de la santé devrait se concentrer, de concert avec les provinces et les territoires, à concevoir un message cohérent au sujet des objectifs et des avantages des soins de santé primaires et à le diffuser auprès de la population canadienne.
- **Des objectifs bien définis** — Le Conseil de la santé du Canada devrait prendre l'initiative de définir des objectifs appropriés, de suivre les résultats obtenus et d'évaluer les progrès accomplis en fonction des objectifs. Ce travail devrait s'appuyer sur l'expansion des dossiers de santé électroniques et sur le travail d'ensemble du Conseil sur l'élaboration des indicateurs clés et la dissémination du rapport .
- **Approches ciblées et centrées sur les individus et les collectivités** — Les initiatives en soins de santé primaires devraient être centrées sur les individus et leur collectivité. Autrement dit, il faut que soient clairement définis les objectifs d'une telle approche, les attentes face à celle-ci et les avantages qu'elle peut comporter. La remarque vaut aussi dans le cas des dispensateurs de soins. Au terme du virage, il importe que les dispensateurs de soins primaires comprennent qu'ils sont appelés à assumer un rôle accru à l'intérieur du système de santé, qu'ils bénéficieront de conditions de travail améliorées et qu'ils seront plus à même de satisfaire les besoins et d'améliorer la santé de leurs

patients. Le Conseil de la santé, les provinces et les territoires doivent renforcer ces messages auprès des Canadiens alors que nous nous engageons dans la voie de la transformation du système de santé canadien.

INTÉGRER LA PRÉVENTION AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

RECOMMANDATION 22 :

La prévention des maladies et des accidents et la promotion de la santé devraient être pleinement intégrées aux soins de santé primaires, l'objectif premier étant de faire du Canada un chef de file mondial dans la lutte contre le tabagisme et l'obésité.

RECOMMANDATION 23 :

Tous les gouvernements devraient adopter et mettre en œuvre la stratégie mise au point par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du sport, des loisirs et de l'activité physique en vue de favoriser l'activité physique au Canada.

RECOMMANDATION 24 :

Il conviendrait d'élaborer une stratégie nationale d'immunisation pour faire en sorte que tous les enfants soient immunisés contre les maladies graves et que le Canada soit bien préparé à faire face aux problèmes qui pourraient découler des maladies infectieuses nouvelles et émergentes.

Promouvoir la bonne santé

L'un des grands objectifs des soins de santé primaires consiste à prévenir les maladies et les accidents et à améliorer la santé globale des Canadiens. On reconnaît de plus en plus qu'il est possible de prévenir de nombreuses maladies par une meilleure prise en charge de sa santé. Ainsi, on sait que l'on pourrait éviter plus de 90 % des cas de diabète de type II et plus de 80 % des maladies coronariennes par une saine alimentation, un programme régulier d'activité physique, l'abandon de la cigarette et une bonne gestion du stress (OMS 2002). En outre, plus de 90 % des décès imputables au cancer du poumon et de 30 % des décès attribuables aux autres formes de cancer pourraient être prévenus dans une société de non-fumeurs (Statistique Canada 2002d).

« Les populations en bonne santé ont moins souvent besoin de soins médicaux et y réagissent mieux lorsqu'elles doivent y recourir. »

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2001. MÉMOIRE.

En outre, il est de plus en plus admis que les grands déterminants de la santé, comme les habitudes de vie, les conditions de logement, la salubrité de l'environnement et une saine alimentation, ont une incidence marquée sur la santé des individus et des collectivités et laissent entrevoir des perspectives très prometteuses sur le plan de l'amélioration de la santé et de la prévention de la maladie. Les organisations et les dispensateurs de soins de santé primaires doivent tenir compte davantage des répercussions possibles de ces grands déterminants de la santé sur les individus et les collectivités. Par exemple, l'insistance sur les déterminants de la santé à l'échelle des collectivités peut déboucher sur le renforcement de mécanismes de soutien social (Mechanic 2000). De nombreux types

d'organisations de la santé, entre autres les cliniques médicales et les hôpitaux, se sont d'ailleurs lancés dans diverses formes de partenariat avec des organismes sociaux de leur collectivité (Gamm 1998). En fait, les organisations de la santé sont aussi responsables à l'égard de leur collectivité que les médecins le sont face à leurs patients; elles doivent à la fois prévenir et traiter les maladies et offrir conseils et soutien.

« D'après l'Organisation mondiale de la santé, les habitudes de vie seront responsables d'une bonne partie du fardeau de la santé partout dans le monde. »

MINISTRES FPT RESPONSABLES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, 2001. MÉMOIRE.

L'incidence des déterminants de la santé et des habitudes de vie est bien connue des pouvoirs publics et des organisations de la santé. Là où le bât blesse, c'est lorsqu'il s'agit de traduire cette connaissance en mesures concrètes qui ont des effets réels sur les individus et les collectivités. Dans bien des secteurs de la santé publique, l'écart entre les connaissances théoriques et la pratique est encore trop marqué. Trop souvent, pour paraphraser la définition de la santé publique donnée par l'Organisation mondiale de la santé, « une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé » n'est pas suivie d'une volonté toute aussi grande de « dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé » (OMS 1998, 3).

Le Transfert en matière de soins primaires, dont on propose la création, devrait viser en partie à intensifier les efforts consentis par les provinces et les territoires en vue de prévenir les maladies et les accidents, promouvoir la bonne santé et intégrer ces activités aux soins de santé primaires. Le Conseil de la santé du Canada peut aussi contribuer sensiblement à définir et à promouvoir les conditions de vie favorables à la santé et l'adoption d'habitudes de vie saines. En intégrant l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Conseil de la santé assumerait la responsabilité dont s'acquitte actuellement l'ICIS à l'égard de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, un programme spécialement créé pour produire de nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé, contribuer au développement de l'infrastructure de l'information sur la santé de la population, appuyer l'analyse des politiques et transmettre les nouvelles connaissances aux décideurs et à la population.

Une autre initiative importante est proposée, la création d'un nouveau Centre pour l'innovation en promotion de la santé, dont il est question au chapitre 3. Ce Centre donnerait accès à des éléments d'information fiables et objectifs sur les pratiques exemplaires observées partout au Canada, sur les tendances relatives aux risques pour la santé et aux comportements qui mettent en péril la santé, et s'emploierait à mettre au point des stratégies efficaces de promotion de la santé, avec la collaboration des provinces, des territoires et du Conseil de la santé du Canada.

S'attaquer aux grandes causes des principaux problèmes de santé

Les comportements tels que le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la consommation d'alcool sont lourds de conséquences pour la santé, surtout parce qu'ils sont associés aux principales causes de décès, de maladies et d'incapacités, comme les problèmes cardiovasculaires, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, les affections respiratoires, le diabète et les accidents. Les hausses récentes de l'incidence de certaines formes de cancer et de diabète peuvent être imputées en grande partie aux habitudes de vie individuelles, comme le

tabagisme, l'alimentation et l'inactivité physique. Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont déjà entrepris de mettre en place des stratégies de promotion de la santé pour s'attaquer à ces problèmes et les progrès dans ce domaine sont déjà encourageants. Pourtant, le Canada continue d'afficher des taux élevés de maladies cardiovasculaires, de certaines formes de cancer et d'autres maladies qui pourraient dans bien des cas être prévenues.

Certains faits au sujet du tabagisme méritent d'être signalés (voir cartes 5.1 et 5.2) :

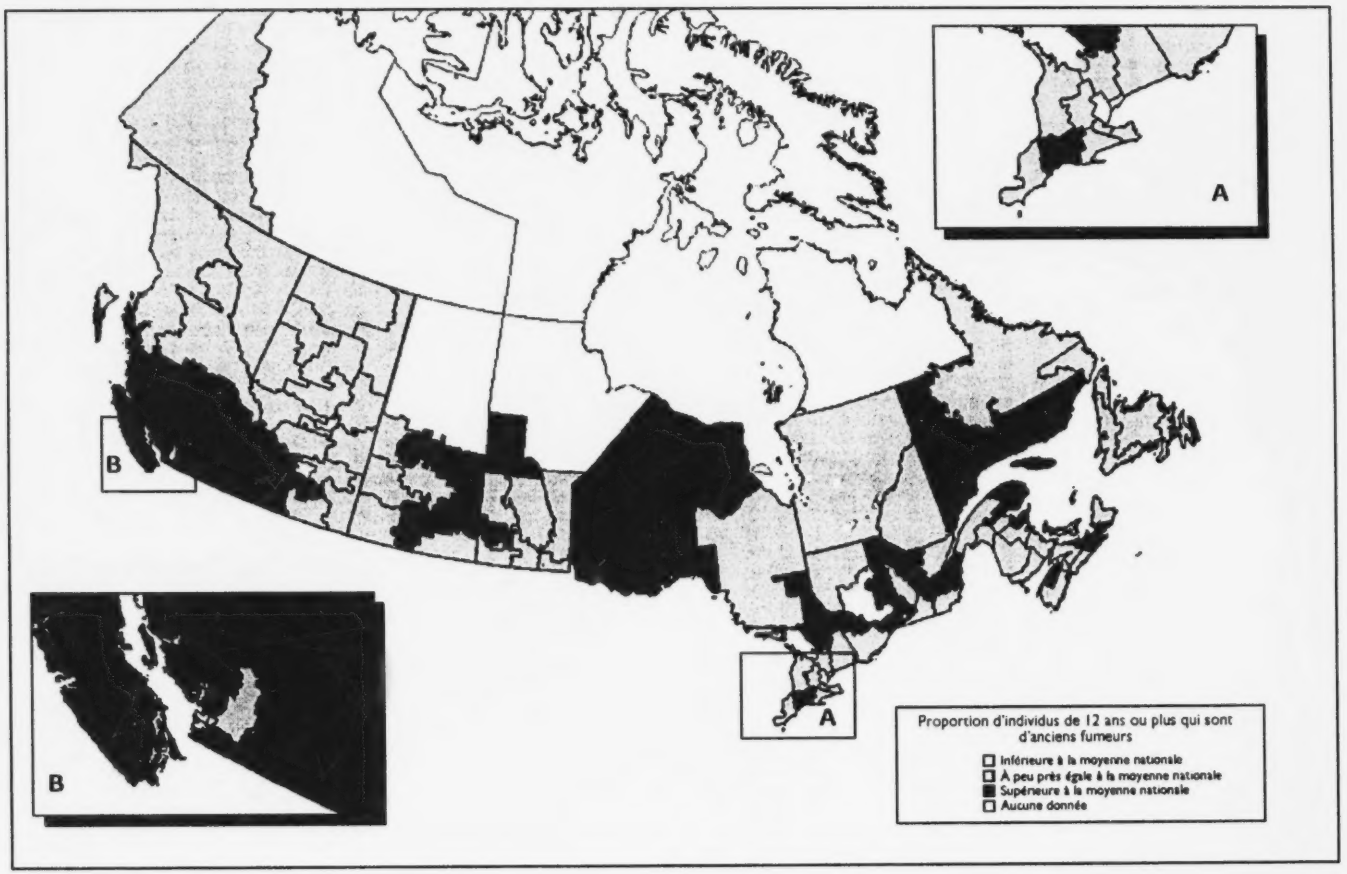
- Selon les estimations, le tabagisme gruge notre économie d'une somme de plus de 16 milliards de dollars par an, notamment 2,6 milliards en soins de santé et 13, 6 milliards de dollars en productivité perdue due à la maladie et la mort précoce (Stephens et al. 2000).
- D'après une étude, un programme efficace de prévention du tabagisme en milieu scolaire pourrait entraîner une baisse de 6 % du taux d'incidence du tabagisme, dans un premier temps, et de 4 %, à long terme. Il ressort d'une analyse de coûts-avantages qu'un tel programme pourrait entraîner des économies annuelles nettes de l'ordre de 619 millions de dollars (Stephens et al. 2000).
- Le tribut à payer pour le tabagisme est énorme; en effet, chaque année, ce phénomène entraîne jusqu'à 45 000 décès dans la population canadienne (Makomaski-Illing et Kaiserman 1999).
- À la fin des années 1990, 19,2 % des Canadiennes fumaient régulièrement. Ce taux se compare avantageusement avec ceux observés dans d'autres pays de l'OCDE, mais il est sensiblement plus élevé qu'au Japon, où seulement 14,5 % des femmes fument. Vingt-deux pour cent des Canadiens étaient fumeurs à la fin des années 1990, contre 19,2 % des hommes en Suède (OCDE 2001a).

L'obésité est aussi en voie de devenir un véritable fléau et compromet la santé de bien des Canadiens (voir carte 5.3).

- En 1997, l'obésité a entraîné des dépenses de 1,8 milliard de dollars en soins médicaux (Birmingham et al. 1999).
- Depuis 1994-1995, le pourcentage de la population âgée de 20 à 64 ans (exception faite des femmes enceintes) considérée comme obèse est passé de 13,4 % à 15,2 % en 2000-2001 (Statistique Canada 2002g).
- Le Canada compte maintenant une plus forte proportion d'adultes obèses que la plupart des autres pays de l'OCDE. Les taux d'obésité chez les adultes dans des pays tels que les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et la Suisse sont plus du tiers inférieurs aux taux enregistrés au Canada (OCDE 2001a). Par ailleurs, l'incidence de ce phénomène est plus élevée aux États-Unis et au Royaume-Uni.
- Si l'obésité peut dépendre en partie du bagage génétique, l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires sont sans contredit des facteurs importants (McDonald 1995).
- Neuf pour cent des Canadiens âgés de 12 ans et plus sont préoccupés par le contenu en matières grasses de leur alimentation, mais ne font rien pour y remédier (Comité consultatif FPT sur la santé de la population 2000).

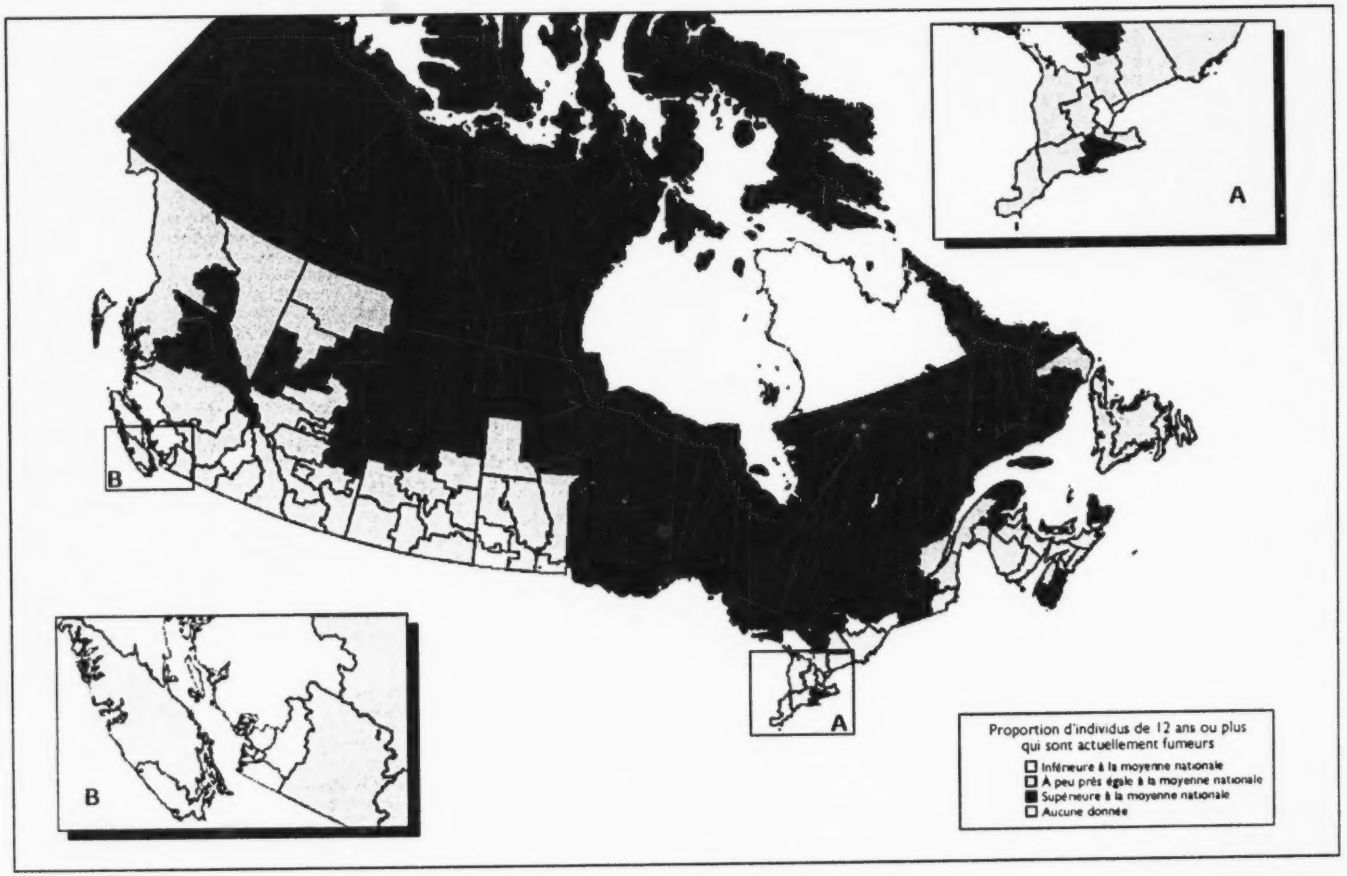
D'après les données recueillies, il semblerait également que les Canadiens ne soient pas aussi physiquement actifs qu'ils devraient l'être pour demeurer en bonne santé. Cinquante-sept % des Canadiens de 18 ans et plus ne satisfont pas aux normes minimales recommandées en

Carte 5.1 Usage du tabac (anciens fumeurs) par région sanitaire 2000-2001



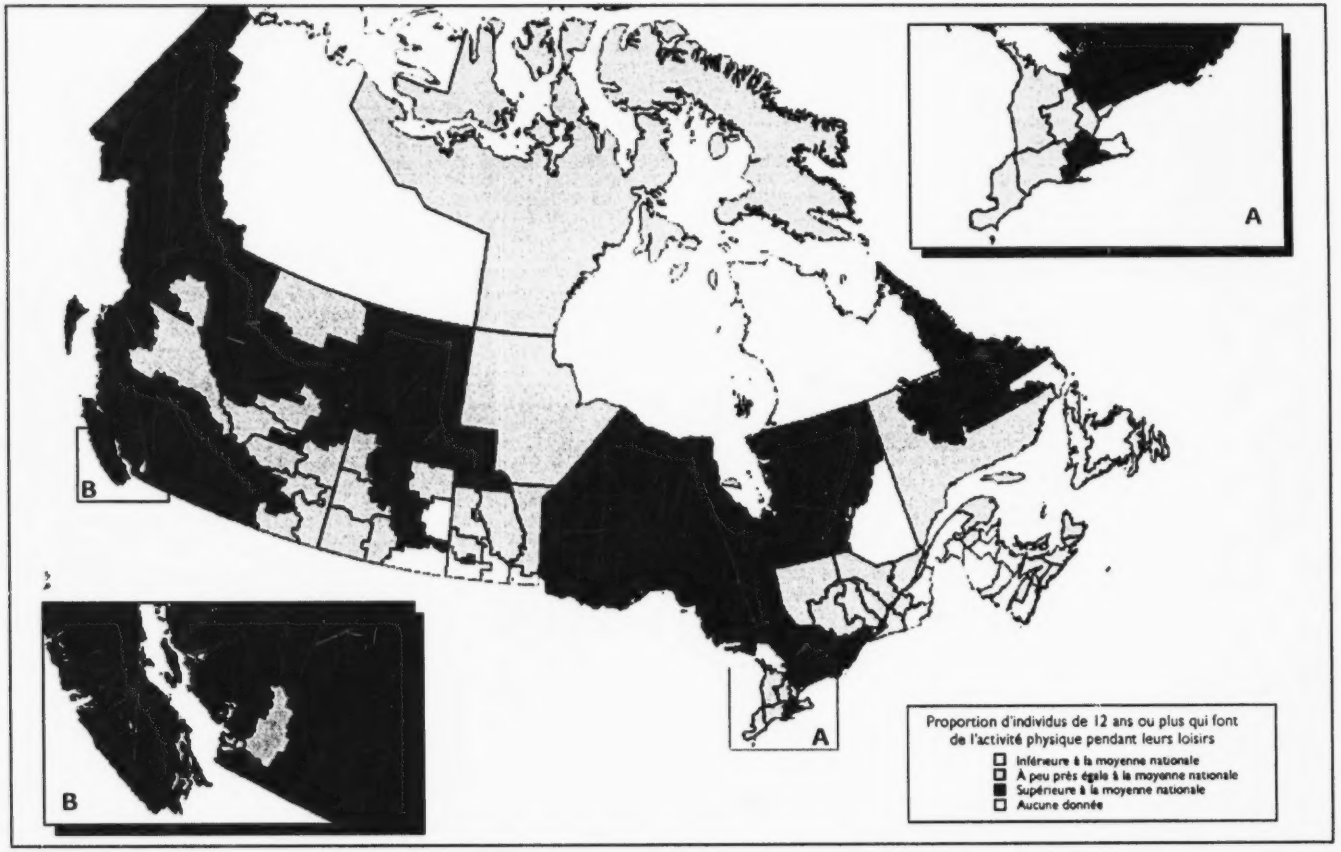
Source : Statistique Canada 2002.

Carte 5.2 Usage du tabac (fumeurs actuels) par région sanitaire 2000-2001



Source : Statistique Canada 2002.

Carte 5.3 Activité physique pendant les loisirs par région sanitaire, 2000-2001



Source : Statistique Canada 2002.

> *« L'inactivité physique coûte au système de santé canadien au moins 2,1 milliards de dollars par année en dépenses directement liées aux soins de santé. »*
>
> MINISTRES FPT RESPONSABLES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, 2001. MÉMOIRE.

matière d'activité physique, alors que cette proportion était de 79 % en 1981. En 2000, plus de la moitié des enfants âgés de 5 à 17 ans ne faisaient pas suffisamment d'activité physique pour répondre aux normes recommandées en la matière (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie 2002). L'inactivité physique aurait, selon les estimations, coûté au système de santé 2,1 milliards de dollars en 1999. Une réduction de 10 % de la prévalence de l'inactivité physique se traduirait par une diminution de 150 millions de dollars des dépenses annuelles en soins de santé. L'inactivité physique a entraîné environ 21 000 décès prématurés en 1995 (Katzmarzyk et al. 2000).

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de l'activité physique, des loisirs et du sport ont présenté à la Commission, le 7 avril 2002, à Iqaluit, un cadre stratégique destiné à accroître le niveau d'activité physique au Canada par divers moyens :

- Augmenter le temps consacré à l'éducation physique et au sport dans les écoles.
- Sensibiliser plus systématiquement tous les Canadiens à l'importance de l'exercice physique.
- Promouvoir davantage l'activité physique dans les loisirs, par le biais de programmes communautaires.
- Promouvoir des milieux de travail plus sains qui encouragent l'adoption de modes de vie moins sédentaires.

La Commission souscrit entièrement à l'idée et aux objectifs d'une telle stratégie.

Ces trois facteurs — le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique — sont de toute évidence des priorités auxquelles il faut s'attaquer si l'on veut améliorer la santé des Canadiens et prévenir les maladies pour les années à venir. Une entreprise d'une telle ampleur demandera une canalisation des efforts et un investissement de la part de tous les pouvoirs publics. Le Conseil de la santé du Canada peut jouer ici un rôle déterminant en communiquant de l'information sur les pratiques exemplaires et en élaborant des stratégies efficaces et ciblées de promotion de la santé, en collaboration avec les provinces et les territoires. La mise en œuvre de stratégies spéciales de promotion, avec l'appui du nouveau Transfert en matière de soins primaires, peut faire du Canada un chef de file dans la lutte contre le tabagisme et l'obésité, l'accroissement du niveau d'activité physique et la diminution de l'incidence de maladies graves comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les affections respiratoires. Il ressort d'un récent rapport d'enquête réalisé par la Société canadienne du cancer que les efforts de sensibilisation aux risques pour la santé liés au tabagisme peuvent porter fruit. Interrogés dans le cadre d'une enquête menée au cours de l'automne 2000, 43 % des fumeurs ont affirmé que les mises en garde avec photo qui figurent sur les paquets de cigarettes les ont amenés à s'interroger davantage sur les dangers de la cigarette et 44 % ont dit être assez motivés pour vouloir renoncer à la cigarette (Martens 2002). Il y aurait lieu de multiplier ce genre d'efforts axés sur la lutte contre le tabagisme et sur le phénomène croissant de l'obésité.

Comme l'indique le chapitre 2, l'ICIS, qui remplit actuellement un rôle important dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, serait intégré au futur Conseil de la santé du Canada. Cet effort intergouvernemental devrait se poursuivre sous l'égide du Conseil de la santé du Canada et contribuer à évaluer les initiatives de promotion de la santé et à mesurer

les avantages de l'intégration de la prévention aux soins de santé primaires. Il faudrait également instaurer des liens étroits avec le futur Centre pour l'innovation en promotion de la santé, dont il est question au chapitre 3.

Une stratégie nationale d'immunisation

L'immunisation figure parmi les stratégies les plus efficaces de prévention de maladies. Le Canada possède à cet égard des antécédents solides puisque ses taux d'immunisation contre la plupart des maladies infectieuses se comparent favorablement à ceux d'autres pays de l'OCDE.

Depuis quelques années, cependant, le coût des nouveaux vaccins et l'incertitude concernant leur efficacité et leur innocuité inquiètent les spécialistes de la santé publique. À ces craintes s'ajoute le fait que les programmes canadiens d'immunisation n'ont pas été revus depuis de nombreuses années et qu'ils ne soient pas prêts à faire face aux enjeux nouveaux liés à la mondialisation et à l'évolution des maladies infectieuses. On observe en outre, dans certaines régions, une détérioration des taux d'immunisation, attribuable autant à la crainte que suscitent les vaccins dans la population qu'à l'inattention des professionnels de la santé.

> *« La vaccination est l'une des interventions les plus rentables qui soient en santé. »*
>
> TORONTO PUBLIC HEALTH, 2002. MÉMOIRE.

Le Comité consultatif national de l'immunisation a facilité un débat sur ces questions avec les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral. Toutefois, même les spécialistes qui font partie de ce Comité s'accordent pour dire que le moment est venu de passer à une autre étape fondée sur un effort commun de planification en plus de l'échange de renseignements. Un certain nombre de mesures ont été suggérées (Association canadienne de santé publique 2002; Embree 2001), entre autres :

- la création d'un registre d'immunisation;
- l'harmonisation des calendriers d'immunisation;
- la définition de normes nationales concernant la couverture vaccinale;
- la surveillance de l'innocuité des vaccins;
- les politiques nationales d'approvisionnement et d'évaluation;
- les campagnes nationales d'information et de sensibilisation.

La future Agence canadienne du médicament, évoquée au chapitre 9, devrait être chargée de l'élaboration de lignes directrices et de l'achat de vaccins, dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale d'immunisation.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

L'idée de s'engager résolument dans la voie des soins de santé primaires équivaut ni plus ni moins à transformer le système de santé canadien. Elle laisse entrevoir la promesse que l'on récoltera les fruits des soins de santé primaires, peut-être pas instantannément, mais selon une démarche pratique, délibérée et cohérente appliquée partout au Canada et non pas d'une manière improvisée et précipitée.

La Commission invite fortement les provinces et les territoires à franchir la prochaine étape essentielle en mettant en place une plateforme nationale en matière de soins de santé primaires

qui s'articule autour de quatre principes. Le futur Transfert en matière de soins primaires devrait offrir aux provinces et aux territoires les incitatifs financiers et l'appui voulus pour qu'ils s'engagent rapidement et résolument dans la mise en place d'approches axées sur les soins de santé primaires et s'attaquent à l'objectif prioritaire de la prévention des principales maladies à plus long terme.

Les avantages pour les Canadiens sont évidents :

- Tous auront un meilleur accès aux soins de santé primaires spécifiquement axés sur le maintien et l'amélioration de leur santé.
- Leurs contacts avec le système de santé ne se résumeront plus à des expériences isolées; ils seront rattachés par un fil conducteur, les soins de santé primaires, qui regrouperont tous les aspects de la prise en charge de leur santé, qu'il s'agisse de traitement d'affections bénignes ou de surveillance de la consommation de médicaments d'ordonnance, de dépistage du cancer, de l'accès aux soins à domicile ou de soutien en fin de vie.
- Il existerait au sein du système de santé un meilleur équilibre entre la prévention des maladies et des accidents et les interventions à visée curative.
- L'adoption délibérée de mesures pour prévenir les maladies et les accidents, promouvoir la bonne santé et faciliter l'accès aux soins appropriés peut entraîner une exploitation plus judicieuse des ressources accessibles et une maîtrise des coûts.
- Les équipes et les réseaux de dispensateurs de soins peuvent s'employer ensemble à prendre en charge les problèmes de santé, à prévenir les principales maladies ou à en réduire l'incidence, à coordonner les soins dispensés à leurs patients et à assumer collectivement la responsabilité d'une prise en charge globale de la santé des Canadiens.
- Les personnes atteintes d'un trouble physique ou mental chronique obtiendront les soins et l'appui dont elles ont besoin grâce à la diversité des approches axées sur les soins de santé primaires.
- Les initiatives visant spécifiquement à promouvoir la bonne santé devraient se traduire par une baisse de l'incidence de certaines maladies et accidents évitables. Cet effort délibéré et concerté rapportera des bénéfices dont les effets se feront sentir pendant des générations à venir.

ACCROÎTRE L'ACCÈS, ASSURER LA QUALITÉ

Orientations proposées

- ***Utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques afin de réduire les temps d'attente pour les services de diagnostic.***
- ***Mieux gérer les listes d'attente.***
- ***Prendre des dispositions appropriées en vue de mesurer la qualité et la performance du système canadien de santé et informer régulièrement les Canadiens.***
- ***Veiller à ce que le système de santé réponde aux besoins particuliers des minorités de langues officielles.***
- ***Répondre aux besoins différenciés en matière de soins de santé des hommes et des femmes, des minorités visibles, des personnes handicapées et des nouveaux Canadiens.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Les Canadiens veulent et estiment qu'ils doivent avoir accès aux services de santé au moment et là où ils en ont besoin. Ils s'attendent à ce que soient appliquées des normes de qualité élevées. Ils s'attendent à ce que le traitement et les services qu'ils reçoivent reposent sur les meilleurs travaux scientifiques et sur les connaissances les plus récentes. Ils s'attendent, enfin, à ce que le système de santé permette de poser un diagnostic sur les problèmes de santé, de guérir les maladies et d'appliquer des traitements dans le cas de blessures et d'améliorer non seulement leur état de santé global mais aussi leur qualité de vie. Trop souvent cependant, ces attentes sont déçues, de telle sorte que la confiance des Canadiens en leur système de santé est ébranlée.

Permettre l'accès en temps opportun à des services de santé de bonne qualité présente des difficultés dans toutes les provinces et tous les territoires. La Commission a constamment entendu des Canadiens se dire préoccupés de devoir attendre pour subir des tests de diagnostic ou des interventions chirurgicales ou pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste. Dans l'esprit de plusieurs Canadiens, la qualité de notre système de santé devrait être jugée, d'abord et avant tout, par sa capacité à donner un accès opportun aux soins dont les gens peuvent avoir besoin.

« C'est Einstein qui disait : "l'aliénation mentale, c'est de faire les choses comme nous les avons toujours faites et d'en attendre des résultats différents." Pour résoudre le problème de l'accessibilité, nous devons explorer de nouveaux moyens de dispenser les soins plutôt que de supposer que la solution réside seulement dans l'expansion continue des programmes qui reposent sur l'hospitalisation. »

HAMILTON HSO MENTAL HEALTH AND NUTRITION PROGRAM, 2001. MÉMOIRE.

En fait, la qualité n'est pas uniquement une affaire d'accès. Elle touche également plusieurs facteurs importants qui ont trait à la sécurité des traitements et aux résultats obtenus. On comprendra que le premier sujet de préoccupation des Canadiens soit l'accès aux soins, et cette question doit être examinée en priorité. En même temps, la qualité est une question qui deviendra de plus en plus importante et qu'il faudra étudier en permanence.

Les différentes sections de ce chapitre donnent un aperçu des dispositions précises qui devraient être prises en vue de réduire les temps d'attente, d'instituer des processus objectifs et transparents pour la gestion des temps d'attente, de mesurer la performance du système de santé du Canada et d'utiliser les renseignements obtenus pour améliorer la qualité, de même que pour améliorer l'accès et la qualité pour les collectivités de minorités linguistiques et pour répondre aux besoins divers en matière de soins de santé des hommes et des femmes, des minorités visibles, des personnes handicapées et des nouveaux Canadiens.

En prenant des dispositions sur ces questions dans une perspective d'urgence, nous pouvons rétablir la confiance des Canadiens dans leur système de santé et, chose plus importante, nous assurer qu'ils ont un accès opportun à des services de santé de qualité élevée.

RÉDUIRE LES TEMPS D'ATTENTE ET GÉRER LES LISTES D'ATTENTE

RECOMMANDATION 25 :

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques pour améliorer l'accès aux services de diagnostic médicalement nécessaires.

RECOMMANDATION 26 :

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient immédiatement prendre des dispositions pour gérer les listes d'attente plus efficacement en adoptant une approche centralisée, en établissant des critères normalisés et en donnant aux patients des renseignements clairs sur la durée probable de leur attente.

« Je vais à l'urgence quand je suis malade; il n'y a pas d'autre possibilité. Attendre pour une visite chez un spécialiste est une entreprise de longue haleine, il faut attendre en général de six à douze mois. »

ROSS HOWARD, 2001. MÉMOIRE.

Attendre de recevoir des soins de santé

Définir le problème

Les délais encourus avant de recevoir des soins de santé sont un sujet de préoccupation grave pour les Canadiens. Ces délais préoccupent aussi les professionnels de la santé, les gestionnaires et les pouvoirs publics. De plus, les études et les sondages d'opinion ont constamment montré que l'accès aux soins de santé est un des principaux sujets d'inquiétude des Canadiens, qu'ils habitent en milieu rural ou en milieu urbain (Mendelsohn 2002; Sanmartin et al. 2002; RCRPP 2001; Groupe de recherche et d'analyse du Secrétariat rural 2001). À leur rencontre d'août

2002, les premiers ministres des provinces canadiennes ont reconnu que l'accès aux services de santé avait la plus haute priorité pour tous les citoyens canadiens.

La Commission a plusieurs fois entendu que, lorsqu'il s'agit de l'accès à certaines techniques de diagnostic et à certaines interventions chirurgicales, les listes d'attente (c'est-à-dire le nombre de personnes qui attendent un service en particulier) et les temps d'attente (c'est-à-dire le temps moyen pendant lequel une personne est inscrite sur une liste d'attente avant de recevoir un service) sont trop longs. Les temps d'attente sont la principale — dans plusieurs cas la seule — raison pour laquelle certains Canadiens se disent disposés à payer pour recevoir des traitements à l'extérieur du système public de santé. Les professionnels de la santé, les autorités régionales de la santé et les hôpitaux essaient de soutenir le rythme croissant de la demande. Le nombre d'interventions chirurgicales, de traitements et de tests augmente, mais souvent la demande dépasse la capacité de dispenser les services nécessaires en temps utile. Comme l'a mentionné un participant au dialogue de la Commission sur les politiques d'accès à l'Université Dalhousie, les longues attentes ne sont pas causées par le fait qu'il y ait moins de tests de diagnostic et d'interventions chirurgicales, mais par le fait que les progrès de la médecine permettent désormais d'offrir un plus grand nombre de ces services à plus de gens.

« ...Je fais partie du merveilleux groupe des patients qui ont subi une intervention "élective"... Nous ne sommes pas considérés comme des cas urgents... J'ai récemment subi le remplacement d'une hanche; j'ai attendu presque deux ans pour ce remplacement... Le mot "électif" est choquant : ce n'est pas comme si nous allions au marché pour acheter des crevettes plutôt que du foie; nous n'avons pas le choix d'utiliser le système de santé. »

CAROLYN ATTRIDGE. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE VICTORIA.

Tandis que les sujets d'inquiétude des Canadiens sont clairs, le débat sur la question des listes d'attente et des temps d'attente ne l'est, pour sa part, pas du tout. Ce débat a été obscurci par des exemples divergents et par les affirmations contradictoires des professionnels de la santé, des gestionnaires, des spécialistes des politiques de la santé et des pouvoirs publics à tous les niveaux dans tout le pays (Lewis et al. 2000; Barer et Lewis 2000; Shortt 1999). Le débat actuel semble s'être polarisé entre les tenants de deux positions extrêmes et incompatibles.

- Les personnes qui regardent comment les listes d'attente sont gérées au pays et concluent ou bien qu'il est impossible de dire s'il y a un problème véritable ou qu'il s'agit plus d'un problème de perception que d'une réalité.
- Les personnes qui s'en remettent à des données incomplètes pour conclure que les problèmes sont si graves que la seule solution est d'autoriser les installations de soins de santé parallèles privées, où les personnes pourraient dépenser leur propre argent pour acheter certains services et, de leur point de vue, « faire baisser la pression qui s'exerce sur le système public ».

La Commission rejette ces deux positions.

En réponse à la première position, la Commission estime qu'il ne s'agit pas simplement d'un problème de perception. Il y a des signes qui donnent à penser qu'il y a effectivement des problèmes quant aux temps d'attente pour certains services mais pas pour d'autres. Un examen global de la situation au Manitoba, par exemple, a montré que le système provincial fonctionnait bien pour les chirurgies d'importance vitale telles que les pontages coronariens, mais moins bien pour les chirurgies électives (DeCoster et al. 2000).

En réponse à la seconde position, la Commission estime que ceux qui font valoir que le système public n'est plus en mesure de faire face à la situation ne tiennent pas compte des progrès qui sont réalisés dans certaines provinces ou dans certains territoires. En outre, les installations de soins de santé privées peuvent contribuer à réduire les temps d'attente pour la petite minorité qui a les moyens de passer devant tout le monde, mais elles peuvent aussi aggraver la situation pour les autres patients du fait que des ressources nécessaires sont en fait détournées du système public de santé vers des services privés.

Alors que des provinces et des territoires ont fait des efforts chacun dans leur propre système pour résoudre le problème des listes d'attente et des temps d'attente, on observe des progrès dans certains domaines. Toutefois, il faudra de nouveaux efforts pour que soient généralisés ces progrès dans tout le pays (Glynn et al. 2002; Lewis et al. 2000). Manifestement, le progrès n'est pas assez rapide pour les Canadiens. Il est possible et nécessaire de faire davantage dans tout le pays pour donner aux Canadiens ce qu'ils veulent et méritent — un accès opportun aux services de santé dont ils ont besoin.

Répondre aux priorités immédiates — accès aux services de diagnostic

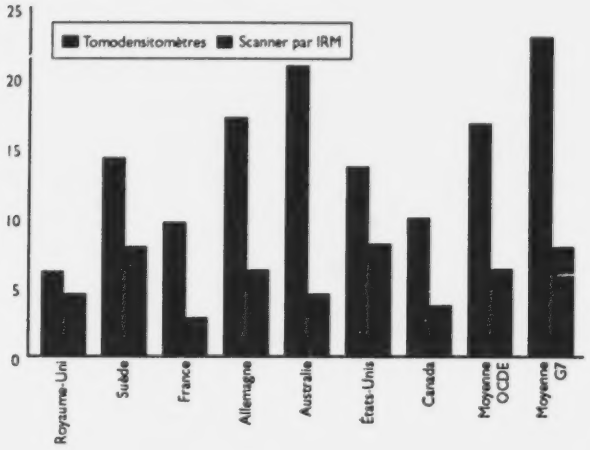
Il y a trois domaines importants où il faut résoudre le problème du temps d'attente et celui des listes d'attente.

- L'accès à des technologies de diagnostic évoluées, telles que le tomodensitomètre d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les scanners.
- L'accès à des spécialistes (encore que l'attente varie beaucoup selon la spécialité, selon la province et même, à l'intérieur d'une même province).
- L'accès à certains types d'intervention chirurgicale (p. ex. le remplacement de la hanche ou du genou) qui peuvent ne pas avoir un caractère urgent mais qui auraient pour effet d'améliorer la qualité de vie du patient.

Chacun de ces trois domaines est important. Néanmoins, la Commission juge possible d'apporter des améliorations immédiates et concrètes en considérant prioritairement la question de l'accès à des services de diagnostic. Les problèmes d'accès aux services de diagnostic nécessaires peuvent créer des goulots d'étranglement dans le reste du système de santé. Ils ont aussi pour effet d'allonger les temps d'attente pour les patients qui, souvent, ont besoin d'un test pour confirmer un diagnostic avant de subir une intervention chirurgicale ou de poursuivre un traitement. En accordant la priorité aux services de diagnostic, les provinces et les territoires peuvent effectuer des investissements dans les équipements et le personnel nécessaires et libérer des ressources qui pourront être utilisées pour résoudre de pressants problèmes d'accès dans d'autres domaines. Les recommandations concernant de meilleurs moyens de gérer les listes d'attente doivent aussi tenir compte de certaines questions ayant trait à l'accès aux interventions chirurgicales et aux spécialistes.

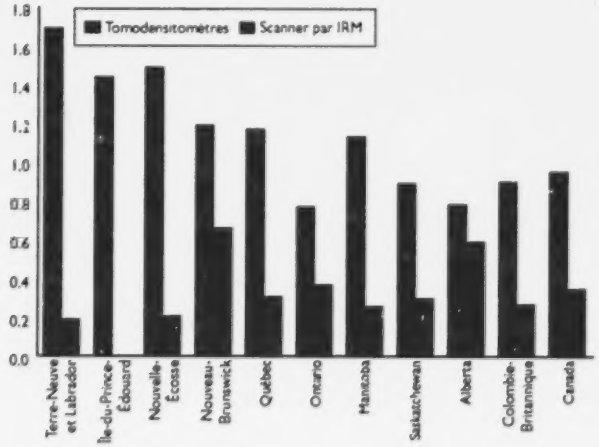
Du point de vue de l'accès aux technologies de diagnostic, il n'y a pas de définition généralement convenue de ce que serait le « bon » nombre de tomodensitomètres d'IRM ou d'autres nouveaux appareils de diagnostic pour une population donnée. Néanmoins, comme le montre la figure 6.1, le Canada a pris du retard par rapport à d'autres pays de l'OCDE face à l'intégration de cette technologie dans le système de santé. Il y a aussi une variation sensible entre les provinces quant à la disponibilité de technologies de diagnostic évoluées (voir figure 6.2 et carte 6.1). Il peut y avoir plusieurs raisons pour expliquer l'insuffisance des

Figure 6.1
Appareils de technologies de l'imagerie, par million d'habitants, pour certains pays de l'OCDE, 1999



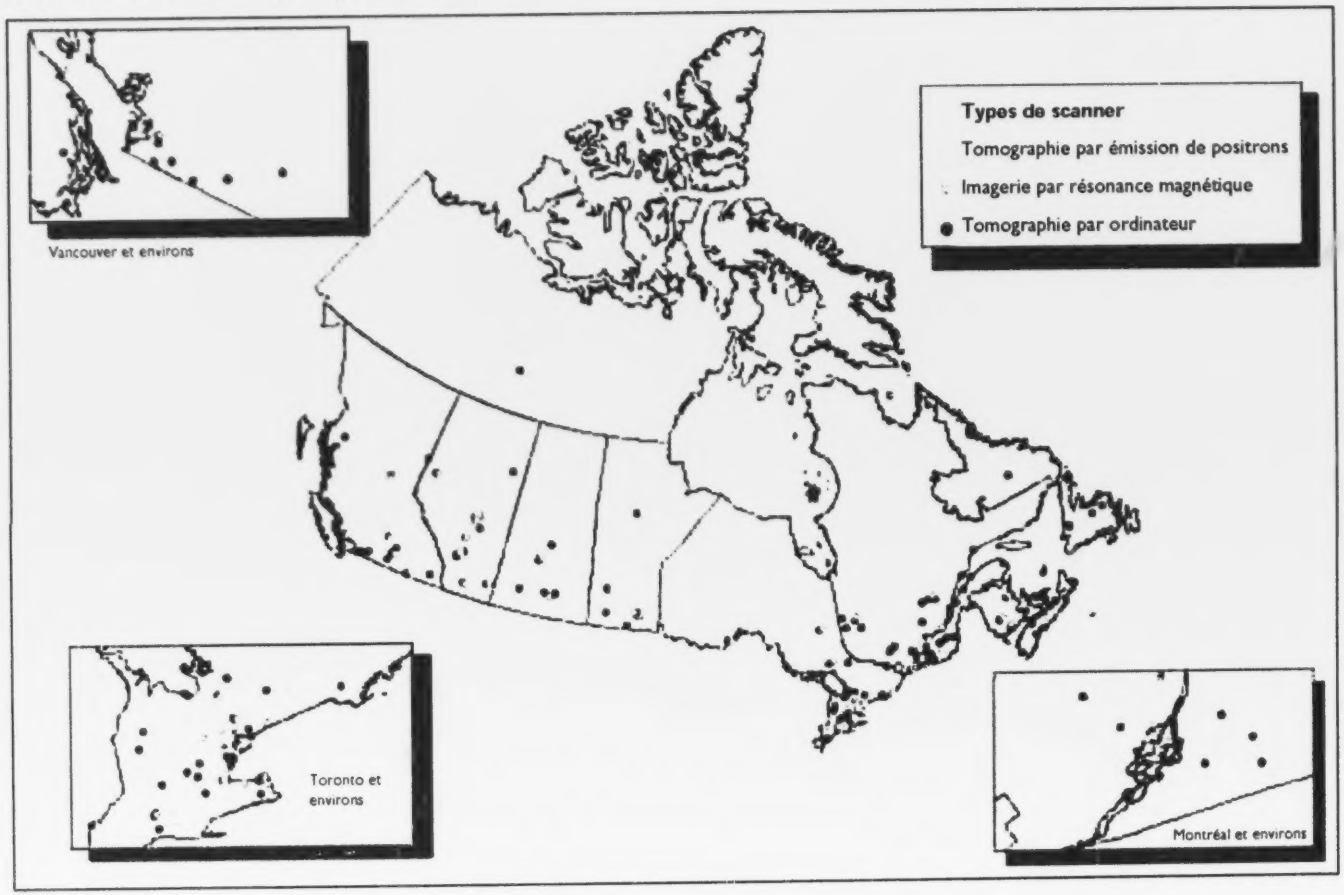
Nota : Étant donné les limites touchant les données, seuls les pays pour lesquels il existe des inventaires raisonnablement récents ont été utilisés. Le Japon a été exclu du nombre des pays choisis en raison du nombre disproportionné d'appareils de technologies de l'imagerie qui y sont utilisés par rapport aux autres pays de l'OCDE, mais il est inclus dans les calculs des moyennes de l'OCDE et du G7. Les chiffres pour le Canada se rapportent à l'année 2001 tandis que ceux de l'Australie se rapportent à l'année 1995.
Source : OCCETS, 2002a,b.

Figure 6.2
Appareils de technologies de l'imagerie, par 100 000 habitants, dans les provinces et dans le Canada, 2001



Source : OCCETS, 2002a,b.

Carte 6.1 Scanners dans les hôpitaux canadiens, 2001



Nota : Données déclarées par les hôpitaux ou les autorités de la santé le 15 juillet 2001.
Source : OCCETS 2001.

investissements, mais la plus évidente est que ces technologies sont extrêmement chères à l'achat et très coûteuses à utiliser de façon régulière.

Le nouveau Fonds des services diagnostiques, dont la création est suggérée dans ce rapport, permettrait d'apporter un soutien direct aux provinces et territoires et pourrait permettre d'augmenter leurs investissements dans les technologies de diagnostic évoluées. Les sommes versées devraient être utilisées non seulement pour acheter des technologies, mais aussi pour recruter et former le personnel et les techniciens nécessaires pour assurer le fonctionnement et l'entretien de l'équipement et l'interprétation des résultats. Les provinces et les territoires travailleraient en étroite collaboration en utilisant la capacité accrue du Conseil de la santé du Canada en matière d'évaluation de la technologie, afin de veiller à ce que les nouvelles technologies de diagnostic soient évaluées et intégrées de façon appropriée dans le système de santé. Il faudrait aussi prendre des dispositions pour que les technologies de diagnostic soient utilisées de manière appropriée (c'est-à-dire de manière que les tests soient justifiés selon l'état de santé du patient) et efficace (c'est-à-dire en utilisant l'équipement de façon optimale). Les investissements dans la technologie de diagnostic auront pour effet de créer une très nécessaire marge de manœuvre et de donner aux provinces et territoires la possibilité d'investir les ressources existantes dans la réduction des temps d'attente dans d'autres domaines importants.

Gérer les listes d'attente

Problèmes courants touchant les listes d'attente

Un des principaux sujets de préoccupation est, outre la durée de l'attente dans certains cas, la manière dont sont gérées les listes d'attente. En fait, dire que les listes sont « gérées », c'est employer un terme trompeur. Il n'y a pas de méthode déterminée pour traiter les listes d'attente dans une région en particulier, encore moins à l'échelle provinciale ou nationale. Ceci a un effet sur la santé des gens qui attendent des soins et ébranle gravement la confiance des Canadiens dans leur système de santé.

Lorsqu'un Canadien se fait dire qu'il est inscrit sur une liste d'attente pour recevoir un certain service, il suppose vraisemblablement qu'il existe une liste principale qui est gérée et coordonnée en fonction de l'urgence des soins demandés. En réalité, ce n'est pas le cas.

Voici comment sont gérées les listes d'attente au Canada à l'heure actuelle:

- La plupart des listes d'attente sont gérées par un médecin ou par un hôpital (à l'exception de certaines listes de chirurgie cardiaque et de soins pour le traitement du cancer).
- Il y a peu de coordination de ces listes entre médecins ou entre hôpitaux. Cela signifie qu'une personne peut être inscrite sur la liste de rendez-vous d'un spécialiste en particulier, mais qu'il peut y avoir d'autres spécialistes qui ont des listes moins longues et qui pourraient offrir le service plus rapidement. Il semble que certaines personnes préfèrent consulter tel spécialiste ou attendre que tel chirurgien soit libre pour subir une intervention chirurgicale. Elles en ont certainement le droit, mais c'est un choix personnel et qui peut entraîner une attente plus longue.
- Il y a peu de règles qui déterminent quand et si une personne devrait être inscrite sur une liste pour un service en particulier. Chaque médecin a le pouvoir presque entièrement discrétionnaire de décider quand une personne est inscrite sur une liste. De plus, il n'y a pas de norme pour déterminer quand l'attente commence — si c'est après la première

visite chez un médecin de famille, après la première visite chez un spécialiste, c'est-à-dire au moment où le diagnostic est posé, ou quand le nom du patient est inscrit sur la liste de tel médecin ou de tel hôpital (Fyke 2001).

- Il n'y a pas, pour les listes, de vérification digne de ce nom qui permette de déterminer si des personnes sont inscrites sur une liste de façon appropriée, si leur état de santé ou leur situation a changé de manière à ce que leur nom puisse être retiré de la liste ou si certaines personnes sont inscrites sur plus d'une liste pour le même traitement ou service (Sullivan et Baranek 2002).

Outre le manque d'une procédure clairement définie pour l'établissement et la gestion des listes d'attente, il y a un certain nombre de facteurs qui influent sur la longueur des listes d'attente et sur la durée moyenne de l'attente. Il peut n'y avoir pas assez de spécialistes, de chirurgiens, d'infirmières de salle d'opération et d'appareils technologiques. Il peut manquer d'appareils de technologies spécialisées telles que l'IRM. Les gens eux-mêmes font des choix qui influent sur la durée de leur attente, dont la décision, pour diverses raisons, de retarder ou de reporter un traitement.

Si l'on considère tous ces facteurs, il n'est peut-être pas surprenant que les listes d'attente soient gérées plus ou moins au hasard. Mais la conséquence en est que les gens sont à la fois déroutés et frustrés. Ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent attendre si longtemps, ils ne savent pas si la durée de l'attente est admissible ou trop longue et pourquoi rien ne peut être fait pour calmer leur inquiétude. De plus, il arrive qu'on ne les renseigne pas sur la gravité de leur état, qu'on ne leur dise pas si le fait d'attendre peut être une cause de détérioration de leur état de santé et s'ils ont la possibilité de consulter un autre spécialiste ou de s'adresser à un autre hôpital.

Dispositions en cours

Les provinces et les territoires connaissent très bien ces problèmes et certaines initiatives ont été lancées pour tenter de les résoudre. Outre l'exemple du Manitoba déjà cité, certaines provinces et certains territoires ont mis en place de bons processus pour la gestion des temps d'attente face à des pathologies qui menacent la vie. Des registres centralisés pour des traitements susceptibles de sauver la vie — par exemple le traitement du cancer et des maladies cardiaques — permettent au système de fixer un ordre de priorité parmi les patients en fonction du besoin et du risque (Le réseau des soins cardiaques de l'Ontario 2001). Cependant, ces réussites sont difficiles à reproduire dans d'autres provinces ou territoires ou pour d'autres types de services. Et il subsiste des cas, dans certaines provinces, où des personnes doivent aller à l'extérieur du pays pour recevoir des soins pour des pathologies qui menacent la vie. Cette situation ne peut ni ne doit durer.

Certains travaux effectués dans le cadre du Western Canada Waiting List Project (Noseworthy et al. 2002) donnent de l'espoir. Institué en tant que partenariat formé par les provinces de l'Ouest, des associations médicales, les autorités régionales de la santé et des centres de recherche du domaine de la santé, le WCWLP a réalisé des progrès importants non seulement dans la compréhension de la réalité des listes d'attente dans l'Ouest canadien, mais aussi dans le développement d'outils qui permettent aux médecins de déterminer l'urgence relative des problèmes de santé, de telle sorte que les listes d'attente soient gérées exhaustivement et de manière objective et transparente. Les outils ont été mis à l'épreuve par des médecins et discutés

par des groupes de patients, tous les ont jugés efficaces, en particulier pour identifier les personnes qui doivent être inscrites sur des listes d'attente pour la chirurgie générale, le remplacement de la hanche ou du genou, la chirurgie de la cataracte et la santé mentale infantile. Une des lacunes du WCWLP est qu'il n'ait pas pris en considération les maladies mortelles, telles que le cancer ou les maladies cardiaques. Les travaux effectués au Manitoba et en Ontario donnent à penser que les plus grands efforts devront être consentis dans la gestion des problèmes liés aux maladies qui mettent en danger la vie du patient, non seulement parce qu'elles constituent le problème le plus difficile à résoudre, mais aussi parce que ce sont ces maladies-là qui inquiètent le plus les Canadiens. Néanmoins, les travaux du WCWLP offrent un exemple important de la manière dont les provinces et les territoires, les services de santé et les professionnels de la santé peuvent travailler ensemble à la gestion des listes et des temps d'attente d'une manière beaucoup plus efficace.

Prendre en considération les garanties de soins

Une des approches que l'on peut adopter pour résoudre le problème des listes d'attente est d'établir des « garanties de soins ». Cette solution a été recommandée par le Comité sénatorial, à l'occasion de son examen récent du système de santé canadien (2002), et par le Premier's Advisory Council on Health in Alberta ou conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (Mazankowski 2001). Les garanties de soins donnent aux patients l'assurance qu'ils auront accès au traitement dont ils ont besoin à l'intérieur d'une certaine période. Elles ont été appliquées dans plusieurs pays d'Europe, dont le Royaume-Uni, la Suède et le Danemark.

« Les Inuits courent des risques plus grands étant donné la durée des périodes d'attente. »

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVUT. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE D'IQALUIT.

L'avantage des garanties de soins est la certitude et la tranquillité d'esprit qu'elles offrent aux patients. Elles imposent aussi aux autorités régionales de la santé, aux professionnels de la santé et aux hôpitaux de prendre des dispositions pour veiller à ce que les garanties puissent être respectées. D'autre part, les garanties de soins doivent être considérées avec une certaine prudence.

Actuellement, il n'y a pas de méthodes fiables qui permettent de déterminer ce que devraient être des garanties appropriées et quelle est la probabilité que le système de santé soit en mesure de respecter les échéances fixées dans une garantie. Les garanties de soins devraient être fondées sur une évaluation objective tant de la capacité du système à fournir les services ou le traitement voulus à l'intérieur d'une certaine période que de l'urgence du problème à traiter. Les garanties ne peuvent pas être arbitrairement définies et triomphalement offertes aux Canadiens comme solutions miracles.

L'autre sujet de préoccupation concerne la différence entre les traitements d'importance vitale et les traitements électifs. Les longues attentes pour avoir un diagnostic et recevoir un traitement, dans le cas de pathologies qui menacent la vie telles que le cancer ou certaines maladies cardiaques, sont inacceptables. Mais la question est différente pour les chirurgies ou les services électifs qui ne présentent pas une importance vitale. D'abord, il est difficile de déterminer l'urgence relative d'une chirurgie élective. Par exemple, est-ce que le remplacement du genou de M. Tremblay est plus urgent que le remplacement de la hanche de Mme Dupont? Il ne s'agit pas de dire que les chirurgies électives ne sont pas importantes ou nécessaires du seul fait que les états qu'elles servent à traiter ne représentent pas une menace pour la vie. Avec le

temps, la santé d'une personne peut se détériorer tandis qu'elle attend une chirurgie élective. Il y a d'importantes considérations de qualité de vie qui peuvent être associées au remplacement d'une hanche ou à une chirurgie de la cataracte. Ces chirurgies peuvent prévenir d'autres pathologies telles que la dépression chez un patient qui subit l'effet négatif d'une perte de mobilité ou d'indépendance. Mais les systèmes de santé des provinces et des territoires doivent demeurer flexibles si l'on veut assurer la gestion efficace de ces chirurgies. Cette flexibilité pourrait se perdre si les garanties de soins étaient appliquées de façon rigide. Il serait également malheureux de voir les systèmes de santé des provinces et des territoires paralysés par des garanties de soins touchant des services électifs ou qui ne sont pas d'importance vitale, et cela pourrait vouloir dire, en pratique, qu'il faudrait supprimer des ressources qui auraient pu être consacrées à des chirurgies ou à des traitements susceptibles de sauver la vie pour les attribuer à d'autres services qui auraient, eux, été garantis.

Instituer des processus coordonnés

Bien que les garanties de soins puissent ne pas être la solution, la question des temps d'attente ne saurait être négligée. Les travaux du WCWLP, le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario et d'autres projets en cours partout au pays sont des premiers pas importants, mais le temps est venu d'aller plus vite, en prenant des dispositions pour gérer les listes d'attente et donner des renseignements objectifs et clairs aux patients qui attendent de recevoir des soins.

Plus précisément, les provinces et les territoires devraient — en collaboration avec les autorités régionales de la santé, les hôpitaux, les médecins et d'autres organismes du secteur de la santé — prendre les dispositions suivantes.

- Instaurer une marche à suivre pour assurer la gestion centralisée des listes d'attente dans certaines régions d'une province, à l'échelle de la province ou du territoire ou encore entre les provinces, suivant le service en question.
- Appliquer des critères normalisés et objectifs pour évaluer les patients afin de veiller à ce que la durée de leur attente entre le moment du diagnostic et celui du traitement dépende seulement de la gravité de leurs besoins en matière de santé. Ce travail devrait se faire avec l'entière participation des professionnels de la santé qui devront fournir les services concernés.
- Donner aux professionnels de la santé la formation dont ils ont besoin pour s'assurer que les besoins des patients sont objectivement évalués selon les critères normalisés.
- Donner au patient une évaluation claire et compréhensible :
  - de la raison pour laquelle un service ou un traitement en particulier est proposé et des choix et solutions de rechange qui s'offrent provisoirement et à long terme, dont la possibilité de voir un autre médecin;
  - de la gravité relative du besoin qu'il a d'un service en particulier, d'après une évaluation objective par un professionnel de la santé et correspondant au critère normalisé;
  - du temps approximatif pendant lequel il est susceptible d'être inscrit sur la liste en vue de recevoir un service en particulier en fonction de la gravité du besoin médical;
  - de tout changement dans sa pathologie ou de l'évolution du système de santé qui pourrait faire augmenter ou diminuer la durée de son attente.

Les listes d'attente peuvent être gérées aux niveaux régional, provincial ou territorial, ou même national. L'expérience donne clairement à penser que pour les listes d'attente de

chirurgies électives et pour de très nombreux tests de diagnostic, le meilleur niveau de gestion est sans doute celui des services de santé de la région ou d'une province ou territoire. Pour les chirurgies avancées susceptibles de sauver la vie, telles que le traitement du cancer et des maladies cardiaques — domaines où les services ont tendance à être concentrés dans les grands centres urbains — la gestion des listes d'attente se fait mieux au niveau provincial, avec la possibilité d'une coopération interprovinciale dans le cas des provinces qui peuvent ne pas offrir les services avancés qui sont nécessaires. Il y a un petit nombre d'interventions susceptibles de sauver la vie — par exemple les transplantations hépatiques pour les enfants, les transplantations cardiaques et les transplantations d'un ou des deux poumons — qui ne sont pas fréquentes et qui nécessitent un personnel si spécialisé qu'il est préférable de gérer la liste à l'échelle nationale, avec la collaboration des provinces et des territoires. Les cartes 6.2, 6.3 et 6.4 montrent la concentration de ces chirurgies très spécialisées dans le pays.

> *« Outre la sécurité et la qualité des soins dispensés, il faut prendre en considération le caractère approprié des soins. Il est temps pour nous de mettre fin aux pratiques dangereuses, de remettre en question ce qui est futile et de nous interroger sur l'inconnu. »*
>
> ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ. 2001. MEMOIRE.

Le résultat le plus important de la gestion coordonnée des listes d'attente pourrait bien être une meilleure information du patient. Avec une évaluation normalisée et objective du besoin que peut avoir le patient d'un service en particulier (qu'il s'agisse d'une chirurgie élective ou susceptible de sauver la vie ou de l'accès à un diagnostic avancé), les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent donner au patient une évaluation juste et raisonnable de la durée probable de leur attente pour un service particulier. Cette information et cette assurance pourront constituer une très grande amélioration de la situation actuelle.

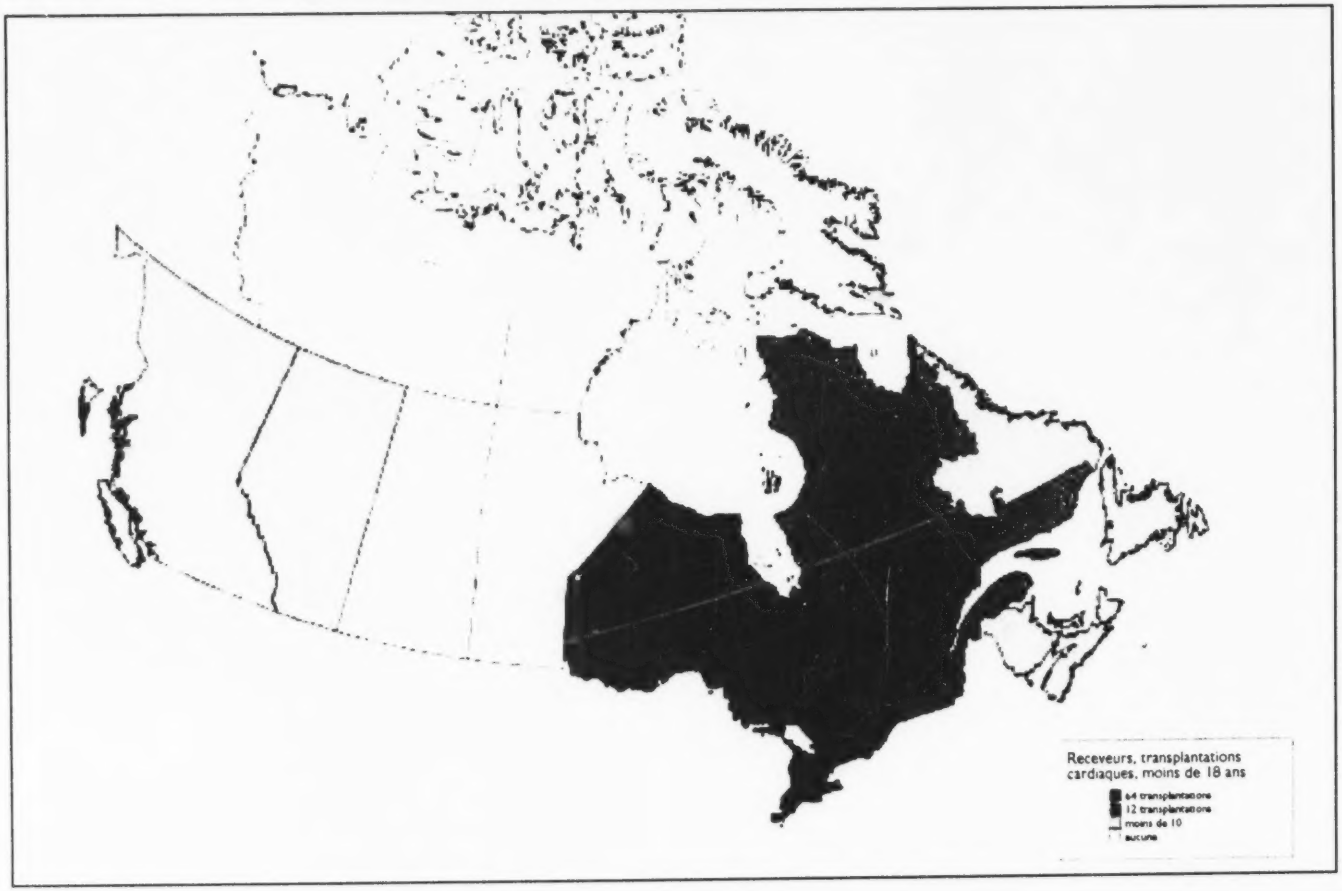
Avec la mise en place de processus plus cohérents, de critères plus objectifs et d'une meilleure information, le système de santé devrait permettre de fixer des buts plus appropriés et plus réalistes pour le patient. Quand il s'agit de pathologies qui menacent ou pourraient menacer la vie, les Canadiens devraient être confiants que le système de santé pourra leur indiquer combien de temps ils devront attendre :

- pour avoir un diagnostic;
- pour voir un spécialiste qui pourra confirmer le diagnostic et déterminer un traitement;
- pour recevoir le traitement correspondant à leur état;
- pour recevoir une thérapie de réadaptation après le traitement.

Les Canadiens ont aussi besoin de comprendre qu'il n'est pas toujours possible de recevoir un service immédiat. En tant que consommateurs, nous en sommes venus à considérer que les produits et services devraient être disponibles quand et là où nous les voulons. Quand il s'agit de soins de santé, cela n'est pas toujours possible. Il y a des moments où les gens doivent attendre, parce que le système doit d'abord s'occuper des besoins de personnes qui ont des problèmes de santé plus graves. Il y a des cas où le patient doit se déplacer pour aller vers un autre centre pour recevoir les soins dont il a besoin. Le point important pour les Canadiens, c'est de savoir que la durée des attentes est en train d'être réduite, que les personnes qui ont les besoins les plus urgents n'ont pas à attendre et que les listes d'attente sont gérées d'une manière coordonnée et objective, suivant l'urgence des besoins.

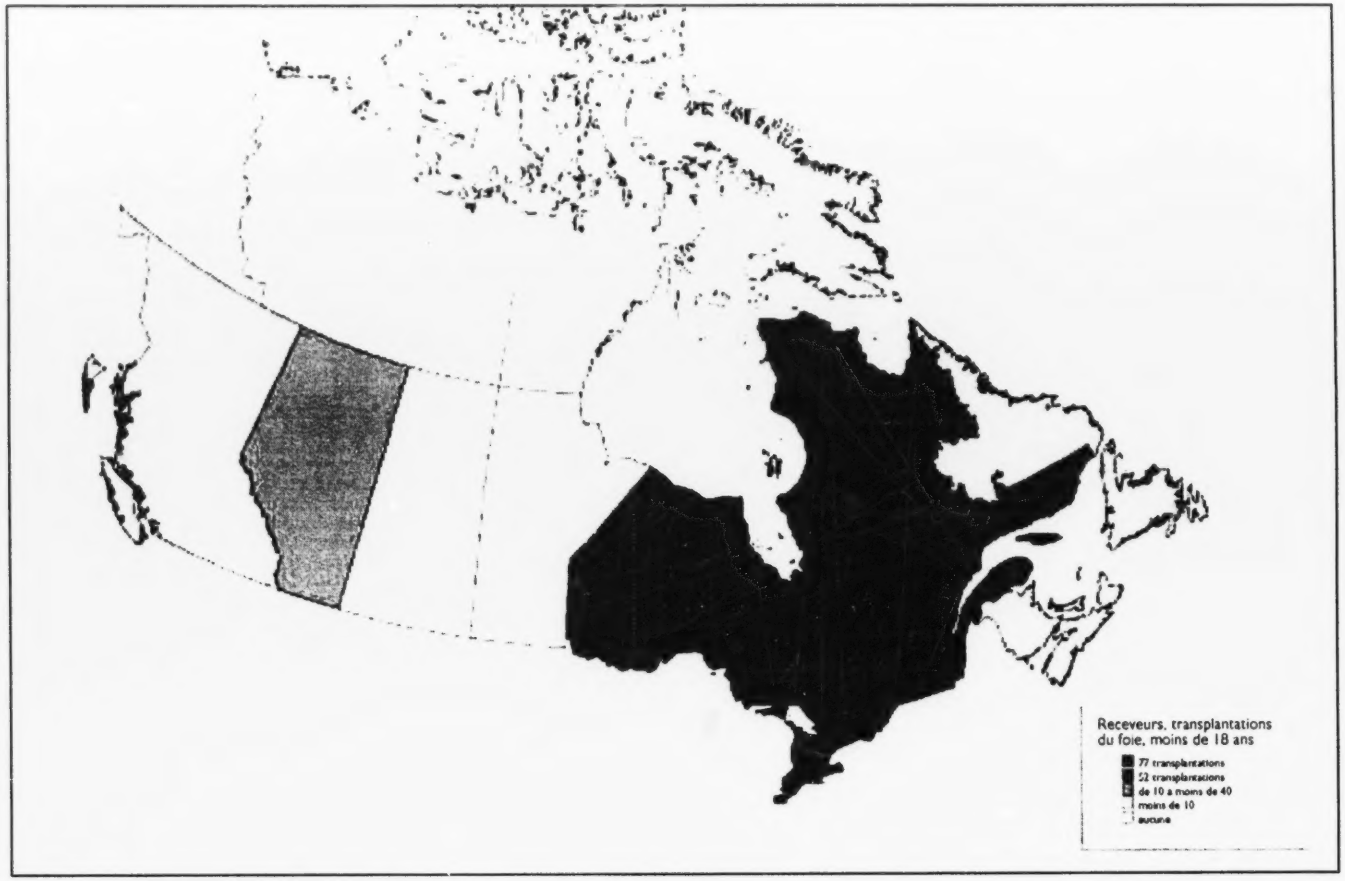
Ensemble, les mesures ainsi recommandées concernant la gestion des listes d'attente devraient permettre d'atteindre trois objectifs: équité, pertinance et certitude. L'équité signifie

Carte 6.2 Receveurs, transplantations cardiaques, par province de traitement, 1996 à 1999



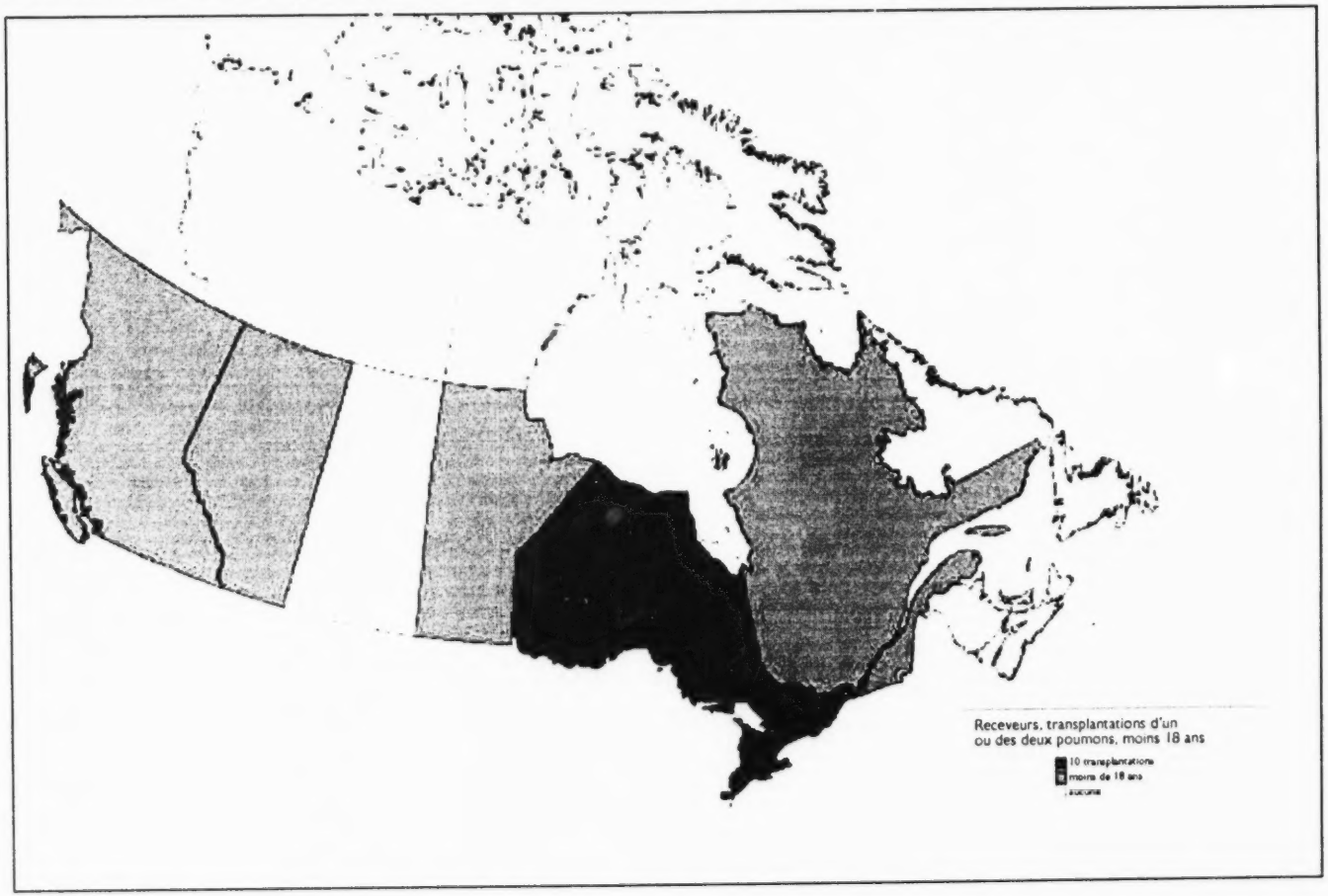
Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS 2002.

Carte 6.3 Receveurs, transplantations du foie, par province de traitement, 1996 à 1999



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS 2002.

Carte 6.4 Receveurs, transplantations d'un ou des deux poumons, par province de traitement, 1996-1999



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS 2002.

que la durée des attentes est fixée selon des critères objectifs choisis en fonction des besoins du patient et non par des professionnels ou des hôpitaux isolés. La pertinance signifie que la durée de l'attente convient à l'état de santé du patient. Enfin, la certitude signifie que les gens sauront pourquoi et combien de temps ils doivent attendre. Dans l'avenir, il devrait être possible de fixer des points de repère et de suivre en permanence le progrès accompli vers l'atteinte de ces repères.

Pour se rapprocher véritablement de ces buts, il faudra que:

- les médecins acceptent de céder à d'autres la gestion des listes d'attente et qu'ils participent au développement d'objectifs et de critères d'évaluation transparents pouvant être appliqués à tous les patients;
- les autorités régionales de la santé, les hôpitaux et les ministères de la santé des provinces et des territoires acceptent de fournir l'infrastructure voulue pour la gestion et la coordination centrales des listes d'attente, avec la pleine participation des professionnels de la santé et du public;
- les pouvoirs publics des provinces et des territoires acceptent de collaborer à la gestion et à la coordination des listes d'attente pour certains traitements et pour certains services qu'il est préférable de gérer à l'échelon interprovincial;
- le public accepte de participer activement à son propre système de santé et qu'il considère le système comme responsable de la prestation de services dans des délais raisonnables;
- des ressources suffisantes soient mobilisées pour offrir un accès opportun aux soins de santé.

La Commission invite donc instamment les dispensateurs de soins, les autorités régionales de la santé, les hôpitaux et les pouvoirs publics des provinces et des territoires à se mettre au travail et ce, très bientôt. Dans le cadre de ses rapports annuels, le Conseil de la santé du Canada devrait faire état des progrès accomplis en matière de réduction des temps d'attente, de sorte que les Canadiens soient en position de juger de la performance de leur région, de leur province et du Canada dans son ensemble, en comparaison des résultats obtenus dans d'autres pays.

AMÉLIORER LA QUALITÉ

RECOMMANDATION 27 :

En collaboration avec les provinces et les territoires, le Conseil de la santé du Canada devrait établir un cadre national pour mesurer et évaluer la qualité et la sécurité du système de santé du Canada, comparer les résultats avec ceux des autres pays de l'OCDE et faire régulièrement des rapports dont pourront prendre connaissance les Canadiens.

Évaluer la qualité dans le système de santé du Canada

Que faut-il entendre par la qualité du système de santé? En termes simples, la qualité des soins de santé a trait à la dispensation des meilleurs soins possibles et à l'obtention des meilleurs résultats possibles, chaque fois que les gens ont affaire au système de santé ou en utilisent les services. Comme l'a dit la Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé :

> Essentiellement, il s'agit de faire le meilleur travail possible avec les ressources disponibles. Cela signifie qu'il faut atteindre les buts et les objectifs fixés. Cela peut se mesurer par rapport à des normes acceptées et valables et n'est pas compatible avec le gaspillage, le double emploi et la fragmentation. Il s'agit de réduire au minimum la sous-utilisation, la surutilisation et la mauvaise utilisation. Il ne s'agit pas ici d'efforts héroïques ou de la poursuite futile de l'impossible. Ces

> buts ne peuvent être atteints par un personnel démoralisé ou insuffisamment formé, ni là où il y a des conflits ou un manque de consensus sur les buts à atteindre et sur la mission. Il s'agit de leadership, de définition de buts, de travail d'équipe, de processus, de mesure, d'engagement, d'incitatifs et d'imputabilité [*Traduction*] (Fyke 2001, 44- 45).

Ainsi, améliorer la qualité peut avoir plusieurs sens. Pour les patients, la qualité élevée des soins de santé signifie des soins qui correspondent à leurs besoins et à leurs attentes. Pour les professionnels de la santé, cette qualité signifie que leurs diagnostics sont exacts, qu'ils font partie d'un système qui fonctionne bien et que les soins qu'ils dispensent sont adéquats et efficaces. Pour notre société dans son ensemble, cette qualité signifie une amélioration globale de la santé des Canadiens.

Le travail le plus important dans la dispensation de soins de santé aux Canadiens se fait en première ligne, c'est-à-dire au niveau de chacune des interactions que les gens ont avec les professionnels de la santé et avec les personnes qui travaillent en première ligne dans le système de santé du Canada. Seuls les efforts consciencieux de ces personnes peuvent réellement améliorer la qualité des soins de santé. Et leurs actions peuvent être soutenues par des dispositions introduites dans tout le pays en vue de mesurer et d'évaluer la qualité, de déterminer les sources de difficulté et les cas de réussite et de donner aux dispensateurs de soins et aux administrateurs les outils dont ils ont besoin pour améliorer les soins de santé.

Dans chaque province et territoire et dans chaque région du système de santé, dans chaque hôpital, clinique, programme de santé ou établissement, des efforts sont faits actuellement pour améliorer le système de santé du Canada et les résultats attendus. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de ce rapport, les résultats obtenus par notre système de santé sont comparables à ceux de beaucoup d'autres pays industrialisés dans le monde. Mais il y a aussi des signes qui montrent que la qualité n'est pas aussi bonne que celle à laquelle s'attendent les Canadiens ou les professionnels de la santé.

Le Canada a du retard sur plusieurs pays tels que le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie, où l'on a institué des stratégies nationales visant à améliorer la qualité et la sécurité pour le patient. Ici encore, on peut citer la Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé : « Le système de santé est riche en données et pauvre en information : il n'y a pas beaucoup d'informations qui renseignent les gestionnaires, le public ou les dispensateurs de soins sur la qualité de leur travail par rapport à des buts et à des normes convenus. Il n'y a pas de points de repère pour l'utilisation (combien de traitements devraient être faits dans une population donnée) ou les résultats (quelle différence devrions-nous attendre d'un service, quel taux d'échec est acceptable) » [*Traduction*] (Fyke 2001, 45).

De même, voici ce qu'indique un autre article : « Le système de santé lui-même est désormais considéré comme une des causes importantes de maladie, de décès et de coûts supplémentaires à cause des erreurs, des infections, des effets nocifs des médicaments, de la sous-utilisation des interventions efficaces et de la dispensation de soins qui ne conviennent pas ou ne sont pas nécessaires. Pour que le système de santé puisse aspirer au degré de sécurité d'autres secteurs industriels modernes (p. ex. celui des lignes aériennes), il va falloir assurer un leadership et une vision de l'avenir; avoir de meilleurs systèmes de données et une meilleure information sur la performance; obtenir l'engagement des dispensateurs de soins et développer leurs compétences; et améliorer l'imputabilité » [*Traduction*] (Millar 2001, 79).

> *« La cueillette et l'utilisation de données pour l'établissement des indicateurs de performance va nécessiter une culture d'organisation qui reconnaisse et récompense l'amélioration constante de la qualité ».*
>
> ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ, 2001. MÉMOIRE.

Selon un rapport récent rendu public par le United States Institute of Medicine (CQHA 2001), il y a, aux États-Unis, une différence de qualité entre les soins moyens (ceux que nous avons) et les soins de la meilleure qualité (ceux que nous pourrions avoir). Selon ce rapport, la nécessité d'améliorer la qualité découle à la fois de la surutilisation, de la sous-utilisation et de la mauvaise utilisation du système de santé. La surutilisation est l'utilisation non nécessaire d'interventions ou de traitements particuliers tels que les chirurgies importantes (c'est-à-dire les pontages coronariens ou les hystérectomies) ou la prescription non nécessaire d'antibiotiques dans des circonstances particulières. La sous-utilisation est caractérisée par l'insuffisance de l'utilisation de certaines interventions ou de certaines mesures préventives, par exemple la faiblesse des taux d'immunisation ou de dépistage de certaines maladies, telles que le cancer du sein ou du col de l'utérus. La mauvaise utilisation est caractérisée par la mauvaise exécution des soins cliniques (Berwick 2002, 82).

L'Institute of Medicine a reconnu que les problèmes de qualité dans le système de santé ne surviennent pas « en raison d'un manque de bonne volonté, de connaissances, d'efforts ou de ressources dans la dispensation des soins, mais à cause de lacunes fondamentales dans la manière dont les soins de santé sont structurés. » [*Traduction*]. Un des architectes du rapport, M. Donald Berwick, a laissé entendre que « ... nous devrions juger de la qualité du travail professionnel, des systèmes de prestation des soins, des organisations et des politiques d'abord et seulement par l'enchaînement des effets remontant jusqu'au patient et à la diminution de la souffrance et de l'incapacité et au maintien de la santé » [*Traduction*] (Berwick 2002, 89).

L'étude soulignait aussi que les États-Unis possèdent très peu d'information sur la performance de son système de santé, ce qui indique qu'il y a plus d'information sur la qualité de l'industrie du transport aérien ou de l'automobile que sur la qualité des soins de santé. Ces conclusions s'appliquent au Canada aussi. Malheureusement, nous n'avons pas l'information de base et critique qu'il nous faudrait pour mesurer les résultats, évaluer la performance et juger de la qualité du système de santé. De plus, les responsabilités actuelles d'assurance de la qualité et de la sécurité sont très largement dispersées parmi les différents intervenants et organisations du système de santé, y compris les ordres professionnels et les organismes de réglementation. Ces différents intervenants n'ont pas, dans le système, la même conception des défis qu'il faut relever pour améliorer la qualité et la sécurité. Ils n'ont pas non plus une conception commune de l'avenir.

Établir une conception générale de la qualité dans les soins de santé

Suivant la conception générale de la Commission concernant la qualité du système de santé :

- le patient et sa sécurité sont au cœur de la prestation des soins de santé au Canada;
- les disparités ne sont pas ignorées et les différences dans les résultats des traitements et l'accès aux soins sont réduites au minimum dans l'ensemble du pays;
- les personnes et les organisations qui s'occupent de dispenser les soins de santé cherchent continuellement à améliorer la qualité des services de santé.

- un soutien est assuré pour favoriser une culture de l'apprentissage plutôt qu'une attitude qui porte à blâmer et à pointer du doigt;
- les dispensateurs de soins de santé et les professionnels de la santé collaborent ensemble, dans un esprit de sécurité, pour atteindre des standards élevés et cohérents dans les soins de santé;
- les risques pour la sécurité du patient sont réduits le plus possible;
- l'information et les données sont recueillies et utilisées pour soutenir la gestion de la qualité et l'amélioration du système de santé à long terme, en mettant particulièrement l'accent sur l'observation et la réduction du nombre des erreurs graves qui peuvent avoir un effet sur la sécurité du patient.

Atteindre ce but est principalement la responsabilité des provinces et des territoires. Cependant, le Conseil de la santé du Canada peut et doit exercer un rôle important en travaillant avec les provinces, les territoires, les dispensateurs de soins, les autorités régionales de la santé et avec les Canadiens afin de veiller à ce que ce but soit atteint. Le travail du Conseil de la santé doit être axé sur deux domaines importants :

- établir des approches cohérentes pour mesurer la qualité dans le système de santé du Canada et faire état de cette qualité;
- tabler sur les travaux en cours dans les provinces et les territoires et dans les diverses organisations afin d'établir un lien net entre l'information sur la performance du système et les dispositions prises pour améliorer la qualité et la sécurité.

Mesurer et améliorer la qualité

Plusieurs rapports importants sur les soins de santé au Canada ont mis en lumière la nécessité d'une meilleure information sur la qualité des soins et recommandé l'établissement d'un nouvel organisme dont la mission serait d'observer la performance et les résultats dans le système de santé. En Alberta, le Premier's Advisory Council on Health a recommandé l'établissement d'une commission permanente indépendante sur les résultats des services de santé. Suivant les termes de cette recommandation: « Suivre et observer les résultats et en faire état régulièrement à l'intention des Albertains est un moyen essentiel d'améliorer la qualité des soins de santé » [*Traduction*] (Mazankowski 2001). De même, la Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé a recommandé de créer un Conseil de la qualité qui aurait le mandat d'améliorer la qualité des services de santé de la province (Fyke 2001). Au Québec, le rapport Clair note ce qui suit : « Tous les pays disposant de systèmes à financement public, en Europe et ailleurs, se sont tournés résolument vers de nouvelles stratégies qui incitent à performer et à mesurer les résultats. Nous devrons faire de même » (Clair 2001, 137).

> *« … la tâche d'améliorer la qualité des soins de santé au Canada requiert l'attention de tous les dirigeants et travailleurs du domaine de la santé — tant dans le secteur public que dans le secteur non gouvernemental ».*
>
> Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2001. Mémoire.

Il y a des travaux en cours dans les provinces et les territoires en vue de mesurer de façon cohérente et uniforme la performance et d'utiliser l'information ainsi obtenue pour améliorer la qualité et les résultats. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le Conseil de la santé du Canada peut jouer un rôle important dans le soutien des travaux en cours dans les provinces, en particulier les travaux des divers conseils ou commissions de la qualité que l'on a établis ou que l'on envisage d'établir dans certaines provinces.

Plus précisément, le Conseil de la santé du Canada devrait avoir la responsabilité de mettre au point un cadre national d'évaluation de la performance du point de vue de la qualité. Ce cadre devrait être établi à partir des travaux intergouvernementaux du Comité chargé de faire rapport sur des indicateurs de rendement (qui relève actuellement des sous-ministres de la santé), lequel a mis au point des indicateurs comparables à la suite de l'accord des premiers ministres sur la santé, en septembre 2000. Il devrait aussi tenir compte des travaux actuels de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour mettre au point des indicateurs communs et, au moyen de rapports, informer régulièrement les Canadiens sur la performance du système de santé du Canada. Il conviendrait de prendre des dispositions en vue de :

- collaborer avec les provinces et territoires afin de définir un ensemble complet d'indicateurs de base pour donner une meilleure information sur le système de santé et sur l'état de santé des Canadiens;
- assurer une approche cohérente pour la collecte et l'analyse des données parmi les provinces et les territoires, approche qui serait fondée sur un choix convenu d'indicateurs;
- évaluer et observer les données sur la santé et évaluer l'état de santé, les résultats, la qualité des services, la sécurité des patients et les protocoles de rapport;
- diffuser largement l'information sur les pratiques exemplaires pour obtenir des soins de santé sûrs et de qualité élevée dans divers contextes de dispensation de soins de santé;
- informer régulièrement le public sur les progrès accomplis vers l'amélioration de la performance du système de santé à long terme (le chapitre 2 donne un résumé des principaux domaines sur lesquels doivent porter les rapports destinés aux Canadiens);
- surveiller la performance du système de santé canadien et la comparer à celle d'autres pays, particulièrement à ceux de l'OCDE.

Lier la mesure de la performance à l'amélioration de la qualité

Le développement de mesures justes et cohérentes de la qualité du système de santé du Canada est une tâche importante, mais, pour avoir un effet réel, cette tâche doit être liée à des mécanismes efficaces et à des changements de politique destinés à améliorer la qualité et les résultats. Pour établir ce lien, le Conseil de la santé du Canada doit collaborer avec les provinces, les territoires et avec les organisations actuelles qui ont pour fonction d'agréer et de surveiller la qualité et la sécurité dans le système de santé du Canada.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est une organisation non gouvernementale. Elle agrée les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les instituts de réadaptation et les organisations qui s'occupent principalement des soins de santé primaires. Son mandat est étroitement lié à presque toutes les fonctions qui ont trait aux activités des professionnels de la santé. Sur une base facultative, le CCASS effectue régulièrement des études et des évaluations au Canada et formule des recommandations sur les domaines où l'on peut apporter des améliorations.

Étant donné l'importance de lier l'information sur la performance à l'agrément continu des hôpitaux et d'autres installations de soins de santé, le Conseil de la santé du Canada devrait travailler en étroite collaboration avec le CCASS. Les mesures de la performance établies par les travaux du Conseil de la santé, comme aussi la communication régulière d'information sur les

résultats, constitueraient une importante base d'information pour lier les résultats à l'agrément constant d'installations de soins de santé, en particulier du point de vue de la sécurité des patients.

Le Conseil de la santé du Canada devrait aussi développer des liens avec le Comité directeur national sur la sécurité des patients et les travaux actuels de l'ICIS et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin d'évaluer les effets négatifs qui peuvent agir sur la sécurité des patients. En fait, le Conseil de la santé serait un organe de coordination et formerait un réseau d'organisations et d'initiatives actuelles dans tout le pays en vue d'étudier des questions liées à la qualité et à la sécurité des patients. Comme nous l'avons déjà vu, le Conseil de la santé fournirait d'importantes informations servant à faire des comparaisons afin de soutenir les travaux des divers comités qui s'occupent de la qualité et des commissions qui étudient les résultats actuellement établis dans certaines provinces.

En résumé, les travaux du Conseil de la santé du Canada sont essentiels pour remédier au caractère disparate du système de santé du Canada aujourd'hui et procéder à une analyse claire, complète et cohérente des résultats que le système permet d'obtenir et des progrès accomplis vers l'amélioration de la qualité. Cette information guidera les décideurs et permettra d'identifier les domaines où une intervention est nécessaire, de comparer les résultats obtenus au Canada à ceux d'autres pays dans le monde et, surtout, de communiquer aux Canadiens une information solide sur la performance de leur système de santé.

AMÉLIORER L'ACCÈS POUR LES MINORITÉS DE LANGUES OFFICIELLES

RECOMMANDATION 28 :

Les gouvernements, les autorités régionales de la santé, les dispensateurs de soins de santé, les hôpitaux et les organisations communautaires devraient travailler en étroite collaboration en vue de déterminer quels sont les besoins des minorités de langues officielles et de répondre à ces besoins.

Améliorer l'accès et la qualité pour les minorités de langues officielles

Bien que l'accès soit traditionnellement considéré du point de vue de la durée de l'attente ou de la distance, il peut aussi subir l'influence de facteurs sociaux et culturels tels que la langue, le sexe, le niveau d'instruction et l'état de santé. Quand une personne reçoit des soins dans un hôpital ou dans le cadre d'un autre programme de soins de santé, l'accès aux soins et la qualité de ces soins peuvent l'un et l'autre être diminués par des difficultés de communication, de compréhension ou d'accueil.

La Commission a été informée par plusieurs groupes francophones de l'effet de la langue sur l'accès à des soins de bonne qualité. À Ottawa par exemple, la Commission s'est fait demander comment un enfant victime de mauvais traitements pourrait faire connaître sa situation à un professionnel de la santé dans une langue autre que la sienne (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario 2002). De même, pour les soins de santé en général, en particulier dans les cas urgents, une communication qui manque de précision ou n'est pas complète peut entraîner l'impossibilité d'avoir accès à des soins appropriés (Association canadienne-française de l'Alberta 2002).

Tant le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) et la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) estiment que la qualité est étroitement liée à la possibilité, pour les dispensateurs de soins de santé, d'aider, de conseiller, de guider et d'instruire les patients. Un certain nombre d'études confirment l'importance de la langue pour la dispensation efficace de soins de santé. Elles concluent que l'obstacle de la langue :

- réduit l'utilisation des soins préventifs;
- fait augmenter le temps passé en consultations, le nombre de tests de diagnostic demandés et la probabilité d'erreurs dans les diagnostics et les traitements;
- influe sur la qualité des services où une bonne communication est essentielle, par exemple les services de santé mentale, les services sociaux, la physiothérapie et l'ergothérapie;
- réduit la probabilité de l'exactitude avec laquelle peut être suivi un traitement;
- réduit la satisfaction du patient relativement aux soins et aux services qu'il reçoit (CCCFSM 2001).

L'accès aux soins de santé pour les minorités de langues officielles au Canada varie selon la région du pays et demeure un problème en dépit du fait que les communautés, les autorités régionales de la santé, les établissements de soins et les pouvoirs publics des provinces prennent des dispositions pour s'assurer que les minorités de langues officielles ont accès à un niveau minimum de service dans la langue de leur choix.

En réponse aux formidables défis auxquels elles doivent faire face, certaines communautés francophones du Canada ont, avec l'aide du gouvernement fédéral et des provinces ainsi que des autorités régionales de la santé, instauré des initiatives innovatrices et souvent peu coûteuses pour obtenir et améliorer l'accès à des soins de santé de bonne qualité en français. Certaines de ces initiatives montrent clairement qu'il est possible d'offrir des services de bonne qualité même dans de très petites communautés francophones et de développer des approches efficaces qui répondent aux besoins des communautés (FCFA 2001).

Lors du processus de consultation, plusieurs groupes francophones ont proposé que l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles du Canada soit prévu dans la *Loi canadienne sur la santé* en tant que condition nécessaire au financement fédéral. La Commission reconnaît l'importance pour une personne de recevoir des soins de santé dans sa langue première, mais en faire une garantie juridique nationale n'est pas nécessairement la meilleure approche pour atteindre cet objectif.

Selon la Commission, l'approche la plus efficace est de soutenir concrètement et d'étendre les initiatives qui ont réussi et de les développer pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles. Santé Canada devrait continuer à avoir un rôle important dans le partage de l'information sur les différentes initiatives actuelles au Canada et dans le soutien financier apporté aux organisations, aux autorités régionales de la santé, aux établissements de soins et aux gouvernements des provinces et des territoires pour les aider à surmonter l'obstacle linguistique à l'accès aux soins. Les autorités régionales de la santé — qui sont les dispensateurs de soins de première ligne — devraient prendre des dispositions pour surmonter l'obstacle de la langue en formant le personnel, en tissant des liens avec les organisations et communautés de minorités linguistiques et en utilisant des technologies telles que la télésanté pour offrir des services à de petites communautés minoritaires linguistiques.

RÉPONDRE AUX BESOINS DIVERS DES CANADIENS EN MATIÈRE DE SANTÉ

RECOMMANDATION 29 :

Les gouvernements, les autorités régionales de la santé et les dispensateurs de soins de santé devraient poursuivre leurs efforts en vue de développer des programmes et des services qui tiennent compte des différents besoins en matière de soins de santé des hommes et des femmes, des minorités visibles, des personnes handicapées et des nouveaux Canadiens.

Le Canada a une population diversifiée et cette diversité devrait être reflétée dans le système de santé du Canada. Les questions liées au sexe, à la langue et à l'origine culturelle ont un effet profond sur le rôle des gens, sur la manière dont ils voient et utilisent les services de santé et dont ils réagissent aux différents programmes et aux diverses approches relativement aux soins de santé (Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC 2002).

Le sexe peut influer sur la manière dont les personnes sont traitées dans le système de santé et sur les résultats qu'ils obtiennent. Il est bien démontré que ce sont les femmes qui portent le gros du fardeau de la dispensation de soins informels dans notre société. C'est un facteur dont il faut tenir compte, au moment où les provinces, les territoires et les systèmes de santé mettent un accent accru sur les soins à domicile (le chapitre 8 étudie plus en détail la dispensation de soins à domicile et de soins informels). Nous savons aussi qu'il y a une tendance marquée, chez les hommes, à utiliser moins l'information sur les soins de santé préventifs et à demander moins souvent de l'aide pour des problèmes de santé tels que les maladies mentales. On ne doit pas ignorer les différences entre hommes et femmes concernant l'accès et l'utilisation des services offerts par le système de santé.

Les Canadiens souffrant d'incapacités mentales ou physiques éprouvent des difficultés particulières lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des services de santé. Bien qu'il y ait eu d'importants progrès depuis quelques années, la Commission a conclu que ces progrès sont limités par deux grands facteurs. Premièrement, la capacité du système de s'adapter aux besoins particuliers des Canadiens handicapés est parfois directement proportionnelle aux efforts déployés par certains groupes de pression, lesquels varient d'une province ou d'un territoire à un autre. Deuxièmement, les efforts visant à améliorer l'accès semblent être concentrés dans les régions urbaines, ce qui signifie que les Canadiens habitant dans les régions rurales sont doublement isolés. Par ailleurs, les besoins des Canadiens handicapés varient sensiblement d'une collectivité locale à une autre, ce qui signifie que les gouvernements provinciaux et les autorités régionales en matière de santé se doivent de rehausser leurs efforts afin de veiller à ce que l'accès de leurs résidents aux services de santé ne soit pas compromis par leur incapacité.

Les nouveaux Canadiens, qui peuvent moins bien maîtriser l'une ou l'autre langue officielle, doivent également surmonter des obstacles pour avoir accès aux services offerts par le système de santé. Ils ont tendance à moins utiliser les soins de santé primaires. Cela peut retarder la détection et le traitement précoces d'une maladie et entraîner une utilisation plus grande de tests de diagnostic et de services de spécialistes plus coûteux. En même temps, c'est par le système de santé que la plupart des nouveaux immigrants ont leur premier contact avec les services

sociaux du Canada. Ce contact peut être un facteur important de leur adaptation à la société canadienne et de leur compréhension de leur droit aux soins de santé que comprend le fait de devenir un citoyen canadien.

À St. John's (Terre-Neuve), la Commission a entendu des membres de l'Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada (2002) et de la Multicultural Women's Organization of Newfoundland and Labrador (2002) ainsi qu'un représentant de Newfoundland and Labrador Health in Pluralistic Societies (2002). Ces personnes pensaient que les services de santé devraient être mieux adaptés aux différences culturelles, que les messages de promotion de la santé devraient être rédigés dans plus de langues que seulement les deux langues officielles et que les professionnels de la santé devraient être le reflet de la diversité de la société canadienne et mieux connaître l'horizon ethnique et culturel des populations qu'ils servent.

Les systèmes de santé des provinces dans tout le pays sont de plus en plus sensibles à ces questions et s'adaptent de plusieurs façons en vue de réduire les obstacles à l'accès qui peuvent exister en raison des différences sexuelles, ethniques, linguistiques, culturelles ou de handicaps. À l'échelon national, la création d'un Institut de la santé des femmes et des hommes dans le cadre des Instituts de recherche en santé du Canada est un développement encourageant. À l'échelon de la communauté — avec le soutien des autorités régionales de la santé, des organisations de soins de santé et des pouvoirs publics des provinces et des territoires — on met de plus en plus l'accent sur la constitution de réseaux de soins de santé primaires où l'attention est concentrée sur les besoins des populations d'immigrants et des communautés ethniques établies.

Si l'on considère l'avenir, les systèmes de santé des provinces et des territoires, les autorités régionales de la santé et les établissements de soins de santé devraient prévoir une participation active des diverses communautés ethniques et des nouveaux Canadiens dans la définition des besoins et dans la conception des programmes conçus pour répondre à ces besoins. La recherche sur les diverses maladies, sur les pathologies, sur les traitements et sur les programmes de prévention devrait avoir pour effet que l'on tienne compte des différences de sexe. La recherche multidisciplinaire devrait considérer les questions particulières au sexe et à l'ethnicité, comme aussi l'effet de ces différences sur la santé. Enfin, la promotion de la santé et les programmes de prévention devraient être expressément axés sur les besoins particuliers aux femmes et aux hommes et sur ceux des personnes qui ont des horizons linguistiques et ethniques différents.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Il est temps de rétablir la confiance des Canadiens en leur système de santé. Et le meilleur moyen pour cela, c'est d'accomplir de réels progrès sur les questions qui les touchent le plus — l'attente des soins et l'amélioration de la qualité. Il se peut que les Canadiens soient disposés à prendre plus de temps pour considérer certaines autres questions importantes qui font l'objet de recommandations dans ce rapport. Mais ils commencent à manquer de patience pour les étapes essentielles à franchir pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de ces soins dans le système de santé actuel.

Les recommandations figurant dans ce chapitre sont conçues pour que puissent être atteints plusieurs objectifs très importants, parmis les suivants :

- renforcer notre détermination à offrir à tous les Canadiens des soins de santé accessibles, sûrs et de bonne qualité;
- réduire les temps d'attente et prendre des dispositions concrètes pour améliorer l'accès aux services de diagnostic;
- améliorer la gestion et la coordination des listes d'attente et veiller à la mise en place de critères cohérents et objectifs;
- donner aux Canadiens une meilleure information sur la durée probable de l'attente de certains services et de certains traitements;
- mesurer la performance d'une manière cohérente et complète et utiliser l'information ainsi obtenue pour améliorer la qualité du système de santé du Canada;
- régulièrement, offrir aux Canadiens des rapports sur la qualité et les résultats dans le système de santé du Canada ainsi que des comparaisons de nos résultats avec ceux d'autres pays industrialisés;
- améliorer l'accès aux soins de santé pour les minorités de langues officielles au Canada;
- veiller à ce que le système de santé réponde aux différents besoins des Canadiens dans le domaine de la santé, dont ceux des femmes et des hommes, ceux des minorités visibles, des personnes handicapées et ceux des nouveaux Canadiens.

Transformer ces objectifs en résultats concrets dépend de la volonté d'agir des dispensateurs de soins de santé, des autorités de la santé, des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral. Ce n'est pas la première fois que les Canadiens entendent ces promesses; ils ont déjà été déçus par l'absence de résultats. Il est temps de dépasser le stade des simples promesses et de produire les réalisations attendues. Les Canadiens veulent des gestes susceptibles d'améliorer la qualité et l'accès dans leur système de santé. Ils le méritent tout à fait.

LES COMMUNAUTÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES

Orientations proposées

- ***Créer un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées afin de soutenir de nouvelles approches permettant de fournir des services de santé et d'améliorer la santé des habitants des collectivités rurales et éloignées.***
- ***Utiliser une partie du Fonds pour répondre à la demande de professionnels de la santé dans ces collectivités.***
- ***Étendre la télésanté afin d'améliorer l'accès aux soins de santé.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Le Canada fait face, en raison de sa composition géographique, à des défis particuliers dans la prestation des soins de santé. L'étendue de son territoire et le fait que plusieurs Canadiens vivent dans des régions isolées et éloignées, font qu'il lui est difficile de garantir l'accès aux services de santé à l'ensemble de ses citoyens, indépendemment de l'endroit où ils vivent.

Le Canada possède peut-être un très bon système de santé dont les résultats se classent parmi les meilleurs au monde, mais de plus en plus de signes montrent que ce n'est pas ce que vivent les Canadiens des petites collectivités ou des collectivités isolées à travers le pays.

Au cours des consultations menées par la Commission, les Canadiens des collectivités rurales et éloignées ont abordé ces graves préoccupations sans détour. Ils ont souligné qu'une bonne santé et un bon accès aux soins de santé sont essentiels non seulement à leur propre qualité de vie, mais aussi à celle de leur collectivité (RCRPP 2001).

La possibilité d'un accès raisonnable aux soins de santé influe sur le choix de vivre dans une petite collectivité (L'Association des régions du Québec 2002). Des médecins des collectivités rurales ont fait écho à ce point de vue en affirmant que « la situation géographique est un déterminant de la santé » (Société de la médecine rurale du Canada 2002).

Les données sur les disparités dans le domaine de la santé confirment cette perspective: la situation géographique est effectivement un déterminant de la santé. L'état de santé des habitants

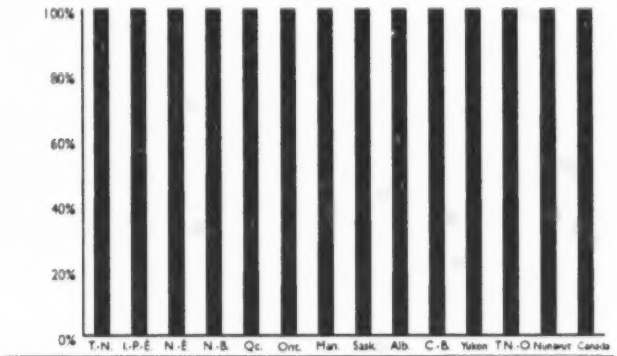
des collectivités rurales et éloignées est moins bon que celui des habitants des grands centres. L'accès aux soins de santé constitue également un problème en raison non seulement de la distance, mais aussi de la difficulté pour ces collectivités d'attirer et de retenir des infirmières, des médecins et d'autres professionnels de la santé.

Les recommandations présentées dans d'autres chapitres de ce rapport — étendre les soins de santé primaires, élargir la protection en ce qui concerne les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance ou réduire les délais d'attente — auront un impact sur les habitants des petites collectivités. Toutefois ce chapitre se concentre uniquement sur deux questions pressantes : améliorer la santé et améliorer l'accès aux soins de santé pour les habitants des collectivités rurales et éloignées.

DÉFINITION DES ENJEUX

En se fondant sur la définition du terme « rural » donnée par Statistique Canada, la figure 7.1 montre que la proportion de la population rurale par rapport à la population urbaine varie grandement dans l'ensemble des provinces et des territoires. Elle va d'un peu plus de 15 % en Colombie-Britannique et en Ontario à 68 % au Nunavut. Mais ces proportions ne brossent

Figure 7.1
Chiffres de population (en milliers) pour le Canada, les provinces et les territoires et division de recensement en régions urbaines et régions rurales, recensement de 2001 - données intégrales



	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.	Nunavut	Canada
Urbaines	296	61	507	368	5,817	9,663	805	629	2,405	3,310	17	22	9	23,908
Rurales	217	75	401	362	1,420	1,747	314	350	570	598	12	16	18	6,099

Nota : Statistique Canada définit la population rurale en fonction des banlieues rurales des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR) ainsi que de la population vivant dans des régions rurales à l'extérieur des RMR et des AR. Une RMR ou une AR est un territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres, qui sont situées autour d'un grand centre urbain. Pour former une RMR, le centre urbain doit compter au moins 100 000 habitants. Pour former une AR, le centre urbain doit compter au moins 10 000 habitants. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont des pourcentages élevés de population urbaine en raison de la concentration de la population à Whitehorse (AR = 21 405 habitants en 2001) et à Yellowknife (AR = 16 541 habitants en 2001).

Source : Statistique Canada 2002b; 2001b.

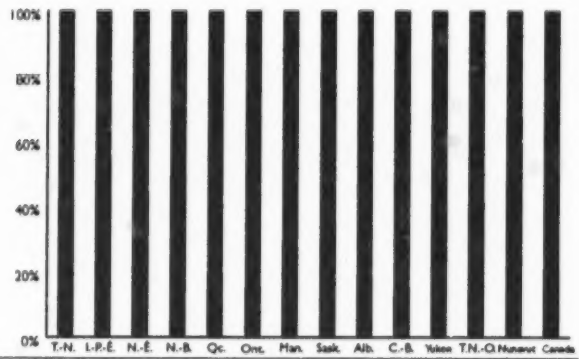
des collectivités rurales et éloignées est moins bon que celui des habitants des grands centres. L'accès aux soins de santé constitue également un problème en raison non seulement de la distance, mais aussi de la difficulté pour ces collectivités d'attirer et de retenir des infirmières, des médecins et d'autres professionnels de la santé.

Les recommandations présentées dans d'autres chapitres de ce rapport — étendre les soins de santé primaires, élargir la protection en ce qui concerne les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance ou réduire les délais d'attente — auront un impact sur les habitants des petites collectivités. Toutefois ce chapitre se concentre uniquement sur deux questions pressantes : améliorer la santé et améliorer l'accès aux soins de santé pour les habitants des collectivités rurales et éloignées.

DÉFINITION DES ENJEUX

En se fondant sur la définition du terme « rural » donnée par Statistique Canada, la figure 7.1 montre que la proportion de la population rurale par rapport à la population urbaine varie grandement dans l'ensemble des provinces et des territoires. Elle va d'un peu plus de 15 % en Colombie-Britannique et en Ontario à 68 % au Nunavut. Mais ces proportions ne brossent

Figure 7.1
Chiffres de population (en milliers) pour le Canada, les provinces et les territoires et division de recensement en régions urbaines et régions rurales, recensement de 2001 - données intégrales



	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.N.-O.	Nunavut	Canada
Urbaines	296	61	507	368	5,817	9,663	805	629	2,405	3,310	17	22	9	23,908
Rurales	217	75	401	362	1,420	1,747	314	350	570	598	12	16	18	6,099

Nota : Statistique Canada définit la population rurale en fonction des banlieues rurales des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des agglomérations de recensement (AR) ainsi que de la population vivant dans des régions rurales à l'extérieur des RMR et des AR. Une RMR ou une AR est un territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres, qui sont situées autour d'un grand centre urbain. Pour former une RMR, le centre urbain doit compter au moins 100 000 habitants. Pour former une AR, le centre urbain doit compter au moins 10 000 habitants. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont des pourcentages élevés de population urbaine en raison de la concentration de la population à Whitehorse (AR = 21 405 habitants en 2001) et à Yellowknife (AR = 16 541 habitants en 2001).

Source : Statistique Canada 2002b; 2001b.

qu'une partie du tableau. Les pourcentages sont faibles dans certaines provinces comme l'Ontario, mais en raison de la taille de la population, les chiffres sont vraiment impressionnants.

La population rurale du Canada ne forme pas un bloc monolithique. La diversité est un trait caractéristique du Canada tant dans les petites collectivités que dans les grandes villes. Certaines collectivités rurales sont, contrairement à d'autres, relativement proches des grands centres urbains. Certaines sont situées dans de grandes régions agricoles, tandis que d'autres sont en bordure de la mer ou dans les régions les plus éloignées du Nord canadien. Les besoins en santé de chacune et les façons de les combler ne sont pas les mêmes. Tout comme dans bien d'autres domaines de la santé, il n'y a pas de solution miracle.

Il y a certes des distinctions claires entre « collectivités rurales » et « collectivités éloignées », mais pour simplifier la terminologie employée dans ce chapitre, on désigne parfois tous les types de collectivités rurales et éloignées par les termes « collectivités rurales » ou « petites collectivités ». Les enjeux propres à ces collectivités recoupent également ceux de la santé des Autochtones (abordés plus en détail dans le chapitre 10), car bon nombre d'Autochtones vivent dans de petites collectivités.

Malgré leur diversité, les collectivités rurales partagent certains problèmes sur le plan de l'état de santé, de l'accès aux soins de santé et des moyens qui ont été pris par le passé pour faire face à ces problèmes.

Disparités en matière de santé

Les indicateurs de la santé ont montré de façon constante que les habitants des collectivités rurales, et en particulier ceux des collectivités du Nord, n'ont pas une aussi bonne santé que le reste de la population canadienne.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont mis au point des indicateurs de la santé pour 139 régions sanitaires du Canada. Ils ont regroupé les régions sanitaires en trois catégories : les régions à prédominance urbaine, les régions intermédiaires et les régions à prédominance rurale (voir tableau 7.1). Ces données montrent ce qui suit :

- L'espérance de vie des habitants des régions à prédominance rurale est inférieure à la moyenne canadienne.
- Les taux d'invalidité sont plus élevés dans les petites collectivités.
- Les taux d'accident, d'empoisonnement et de violence sont également plus élevés dans les petites collectivités.
- Ce sont les habitants des collectivités éloignées du Nord qui ont le moins bon état de santé et qui ont l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité les plus faibles.

Il semble également que la santé d'une collectivité soit inversement liée à son éloignement. Ainsi, au Québec, « il y a une tendance vers une détérioration progressive de la santé à mesure que l'on se déplace des régions en bordure des centres urbains vers les régions très éloignées. » (Pampalon 1991, 359). La plupart des autres provinces et territoires vivent une situation semblable. Le Canada n'a pas l'apanage de ces problèmes. D'autres pays comme les États-Unis, l'Australie et même des pays relativement petits et denses comme le Royaume-Uni éprouvent eux aussi des difficultés (Gamm et al. 2002; Humphreys et al. 1996; Braden et Beauregard 1994; Fearn 1987).

Tableau 7.1
État de santé des populations des régions sanitaires à prédominance urbaine, des régions intermédiaires ou des régions à prédominance rurale au Canada, 1996[1]

Indicateur de l'état de santé	Prédominance urbaine	Intermédiaire	Prédominance rurale
Espérance de vie à la naissance : années	78,8	77,7	77,0
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	5,1	6,3	7,1
Mortalité totale : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	657,0	704,8	748,3
Ensemble des décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	243,4	260,5	269,6
Ensemble des décès liés au cancer : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	181,1	193,0	194,6
Décès liés à des blessures accidentelles : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	23,9	34,7	45,4

[1] Les régions sanitaires sont regroupées selon la proportion de la population totale vivant dans des régions rurales et des petites villes conformément à un schème semblable à celui de la classification des populations rurales et des populations urbaines de l'OCDE. Les régions sanitaires à prédominance urbaine comptaient moins de 15 % de population des régions rurales et petites villes; les régions sanitaires intermédiaires comptaient de 15 à 50 % de population des régions rurales et petites villes et les régions sanitaires à prédominance rurale comptaient plus de 50 % de population des régions rurales et petites villes. Les taux correspondent aux valeurs moyennes des groupes des régions sanitaires. Les données, qui sont celles de 2001, n'ont pas été rajustées selon la répartition par sexe des habitants des diverses régions.
Source : Statistique Canada 2001c.

Disparités en matière d'accès aux soins de santé

Les Canadiens vivant dans des collectivités rurales ont souvent de la difficulté à avoir accès à des soins de santé primaires et à retenir des professionnels de la santé, sans compter l'accès aux services de diagnostic et aux traitements plus spécialisés. Les installations de certaines collectivités du Nord sont limitées et ont besoin de réparations majeures.

Les habitants des collectivités rurales doivent également assumer des frais de déplacement élevés pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. Ils doivent, en effet, passer des jours ou des semaines loin de leur famille et de leur réseau de soutien social et assumer des coûts supplémentaires de logement et de repas.

Au cours des années 1990, bon nombre de provinces ont pris des mesures pour rationaliser la prestation et l'administration des soins de santé dans le cadre de la réforme des soins de santé. Certains services ont donc été regroupés dans les grands centres. Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé et les autorités régionales de la santé ont donc cherché à améliorer l'accès par divers moyens dont des programmes d'action directe, de l'aide financière aux personnes qui doivent se déplacer pour obtenir des soins et des approches nouvelles comme la télésanté. Ces efforts ont atténué à divers degrés la gravité du problème, mais il est toutefois loin d'être réglé. En fait, on pourrait dire que l'offre de soins est régie par une « loi inverse ». Les habitants des collectivités rurales ont une moins bonne santé et des besoins en soins de santé primaires plus grands que les habitants des centres urbains, mais ils sont moins bien desservis et ils ont plus de mal à avoir accès aux services de santé.

Tableau 7.1
État de santé des populations des régions sanitaires à prédominance urbaine, des régions intermédiaires ou des régions à prédominance rurale au Canada, 1996[1]

Indicateur de l'état de santé	Prédominance urbaine	Intermédiaire	Prédominance rurale
Espérance de vie à la naissance : années	78,8	77,7	77,0
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	5,1	6,3	7,1
Mortalité totale : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	657,0	704,8	748,3
Ensemble des décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	243,4	260,5	269,6
Ensemble des décès liés au cancer : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	181,1	193,0	194,6
Décès liés à des blessures accidentelles : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	25,9	34,7	45,4

[1] Les régions sanitaires sont regroupées selon la proportion de la population totale vivant dans des régions rurales et des petites villes conformément à un schème semblable à celui de la classification des populations rurales et des populations urbaines de l'OCDE. Les régions sanitaires à prédominance urbaine comptaient moins de 15 % de population des régions rurales et petites villes; les régions sanitaires intermédiaires comptaient de 15 à 50 % de population des régions rurales et petites villes et les régions sanitaires à prédominance rurale comptaient plus de 50 % de population des régions rurales et petites villes. Les taux correspondent aux valeurs moyennes des groupes des régions sanitaires. Les données, qui sont celles de 2001, n'ont pas été rajustées selon la répartition par sexe des habitants des diverses régions.
Source : Statistique Canada 2001c.

Disparités en matière d'accès aux soins de santé

Les Canadiens vivant dans des collectivités rurales ont souvent de la difficulté à avoir accès à des soins de santé primaires et à retenir des professionnels de la santé, sans compter l'accès aux services de diagnostic et aux traitements plus spécialisés. Les installations de certaines collectivités du Nord sont limitées et ont besoin de réparations majeures.

Les habitants des collectivités rurales doivent également assumer des frais de déplacement élevés pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. Ils doivent, en effet, passer des jours ou des semaines loin de leur famille et de leur réseau de soutien social et assumer des coûts supplémentaires de logement et de repas.

Au cours des années 1990, bon nombre de provinces ont pris des mesures pour rationaliser la prestation et l'administration des soins de santé dans le cadre de la réforme des soins de santé. Certains services ont donc été regroupés dans les grands centres. Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé et les autorités régionales de la santé ont donc cherché à améliorer l'accès par divers moyens dont des programmes d'action directe, de l'aide financière aux personnes qui doivent se déplacer pour obtenir des soins et des approches nouvelles comme la télésanté. Ces efforts ont atténué à divers degrés la gravité du problème, mais il est toutefois loin d'être réglé. En fait, on pourrait dire que l'offre de soins est régie par une « loi inverse ». Les habitants des collectivités rurales ont une moins bonne santé et des besoins en soins de santé primaires plus grands que les habitants des centres urbains, mais ils sont moins bien desservis et ils ont plus de mal à avoir accès aux services de santé.

Disparités en matière d'accès aux professionnels de la santé

Les problèmes d'accès aux services de santé découlent souvent des graves pénuries de professionnels de la santé qui frappent les collectivités rurales.

L'accès aux médecins et aux spécialistes varie grandement dans l'ensemble du pays, et certaines collectivités n'ont même pas accès aux services de santé les plus fondamentaux, faute de la présence de professionnels de la santé nécessaires En 1993, il y avait moins d'un médecin pour 1 000 habitants dans les régions rurales et les petites villes comparativement à au moins deux médecins pour 1 000 habitants dans les grands centres urbains. Le résident moyen des collectivités rurales et des petites villes se trouvait à 10 km d'un médecin, tandis que celui des grands centres urbains se trouvait à moins de 2 km (Ng et al. 1999).

> *« (...) Quelle collectivité veut d'un médecin peu motivé qui exerce chez elle pendant quelques années en attendant de filer vers une région plus agréable?... »*
>
> Federation des etudiants en medecine du Canada, 2001. Memoire.

Les problèmes sont criants dans les collectivités du Nord. Il y a environ 16 000 personnes qui vivent dans les régions les plus au nord du Canada, soit les régions situées entre le 65e et 69e parallèle (régions du nord du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut). Environ les deux tiers d'entre elles se trouvent à plus de 100 km d'un médecin. En général, il n'y a pas de médecin desservant les 3 300 personnes qui vivent au-delà du 70e parallèle (Ng et al. 1999).

On peut présumer aisément que les problèmes liés au recrutement et au maintien en poste des infirmières dans les petites collectivités sont vraiment importants étant donné la demande dans ce secteur à l'échelle du pays. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, il ne suffit pas de faire en sorte que le système de santé dispose d'un personnel nombreux. Encore faut-il veiller à ce que ce personnel soit bien réparti dans l'ensemble des provinces et entre les régions urbaines, rurales et éloignées (FCRSS 2002b).

La concurrence entre les provinces et les territoires vient exacerber la difficulté d'attirer des professionnels de la santé dans les collectivités rurales. Il est toujours ardu de retenir des professionnels de la santé en milieu rural alors que la demande augmente sans cesse et que les provinces et les territoires se font la lutte pour attirer et retenir ceux ou celles dont ils ont besoin.

> *« Le plus de gens que nous pourrons exposer à de la formation et à des programmes de résidence en milieu rural, tout en leur offrant le soutien nécessaire... plus il y aura des chances que ces gens désirent exercer dans ce milieu. »*
>
> Association medicale de la Colombie-Britannique. Exposé a l'audience publique de Vancouver

Les problèmes liés à l'offre de médecins dans les collectivités rurales exigent des solutions. Néanmoins l'expérience d'un grand nombre de provinces et de territoires et celle des pays de l'OCDE montrent que les solutions à court terme visant à augmenter l'offre globale de médecins ne se traduisent pas nécessairement par une augmentation de l'offre de médecins dans ces collectivités. Des gouvernements provinciaux et territoriaux ont tenté d'inciter les médecins à s'installer dans des régions rurales en bonifiant leur rémunération ou en leur versant d'autres primes financières. Dans d'autres cas, des gouvernements ont cherché à restreindre les lieux d'exercice des nouveaux médecins afin de les inciter à travailler en plus grand nombre en milieu rural.

Les médecins s'opposent en général aux mesures qui restreignent leur droit de choisir leur lieu d'exercice. Exposer davantage les médecins au

milieu rural dans le cadre de leurs études et de leur formation constitue certainement un élément de solution. Des médecins qui ont été exposés au milieu rural et qui y ont acquis une certaine expérience ont de meilleures chances de vouloir y travailler une fois leurs études terminées (BCMA 2002). Les efforts déployés récemment par la Société de la médecine rurale du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada pour élaborer des lignes directrices et des programmes d'études nationaux sont un pas dans la bonne direction. Mais il reste encore beaucoup à faire.

Différentes approches

Présentement, les problèmes propres aux collectivités rurales ne sont pas envisagés dans une optique nationale cohérente. Les provinces et les territoires trouvent différentes solutions aux problèmes, mais ils le font chacun de leur côté, sans accorder suffisamment d'attention à la coordination ou à la vue d'ensemble.

L'examen des approches actuelles fait ressortir les points suivants :

- **L'absence de consensus quant à la définition d'un accès « adéquat »** — Il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle sur ce qui constitue un accès adéquat et sur les services auxquels les gens accordent le plus d'importance. On peut, par exemple, définir un noyau fondamental de services pour divers types de collectivités rurales. Cette approche permettrait de distinguer clairement les services fondamentaux qui seraient offerts aux gens dans leur collectivité et les services qu'ils devraient obtenir dans d'autres centres. Les intervenants clés, notamment les professionnels de la santé et les membres de la collectivité, devraient prendre part à la définition et au choix des services fondamentaux qu'offrirait chacune des collectivités ou régions
- **La nécessité d'établir des liens solides avec les grands centres** — Bien que certains services de santé puissent être offerts dans des petites collectivités, il faut instaurer une certaine forme de réseau reliant ces collectivités aux centres urbains. Les petites collectivités ne peuvent tout simplement pas offrir toute une gamme de services. Le « Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord » de l'Ontario (Ontario. Ministère de la Santé 1997) fournit un exemple des liens qui peuvent exister entre les établissements ruraux, les hôpitaux des centres régionaux et les établissements de soins tertiaires des régions métropolitaines, mais il ne s'agit que d'un modèle parmi d'autres. La Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé (Fyke 2001) a proposé des liens semblables. Les services spécialisés continueront d'être concentrés dans les grands centres, mais il faudrait renforcer leurs liens avec les collectivités rurales.
- **La difficulté de desservir les collectivités les plus petites et les plus éloignées** — Ce sont les collectivités les plus difficiles à desservir parce que la taille de leur population ne permet de soutenir que les services les plus fondamentaux, si tant est que ce soit possible. D'autres pays font face à des défis du même genre, et les modèles qu'ils ont conçus valent peut-être la peine d'être examinés au Canada. Ainsi, l'Australie a mis au point un cadre intitulé « Healthy Horizons » visant à améliorer l'accès et la santé dans les petites collectivités et les collectivités éloignées (Australie 1999). Il faudrait examiner ce modèle et d'autres modèles semblables élaborés dans d'autres pays afin de déterminer s'ils peuvent être adaptés au contexte particulier du Canada.

- **L'accent sur les symptômes plutôt que sur les causes** — À quelques exceptions près, les stratégies et les programmes ont mis l'accent sur les moyens à prendre pour offrir des services et pour recruter et retenir un plus grand nombre de professionnels de la santé. Le manque d'accès aux services de santé et aux médecins et infirmières constituent à n'en pas douter de très graves problèmes, mais leur résolution ne suffira peut-être pas à apporter une amélioration notable à l'état de santé des habitants des collectivités rurales. Il faut plutôt s'attarder davantage aux causes fondamentales du « déficit de la santé en milieu rural ».
- **La prédominance de l'application d'approches « urbaines » aux collectivités rurales** — Bon nombre d'administrateurs, de planificateurs et de dispensateurs de soins se fondent sur des approches axées sur le milieu urbain plutôt que de concevoir d'autres modèles adaptés au contexte particulier des collectivités rurales. Ces modèles essentiellement urbains font qu'il est difficile, voire impossible, pour les petites collectivités de rattraper les collectivités urbaines. On estime de plus en plus que les programmes prédominants ne permettront pas à eux seuls de régler les problèmes de santé du milieu rural (Humphreys et al. 2002). Il faut se pencher de toute urgence sur ces problèmes et tenir compte du contexte particulier dans lequel ils se situent pour pouvoir les régler. La situation des professionnels de la santé en est un exemple typique. La tendance est à l'accroissement de la spécialisation sur le plan des compétences et de la formation. Il se peut que cette tendance réponde aux besoins de la médecine axée sur la haute technologie et la recherche que l'on retrouve dans les grands hôpitaux des centres urbains importants, mais les collectivités rurales ont, pour leur part, des besoins quasi opposés. Elles ont besoin de « spécialistes » d'un tout autre genre, c'est-à-dire de généralistes bien formés et expérimentés qui se « spécialisent » dans la prestation de soins de santé primaires de haute qualité aux collectivités rurales.
- **L'absence de recherche** — Les politiques et les stratégies visant à améliorer la santé et les soins de santé dans les petites collectivités n'ont pas été fondées sur des données probantes ou des recherches solides. Jusqu'à récemment, la recherche sur la santé en milieu rural au Canada a été morcelée et limitée à des projets à petite échelle. Pis encore, la plupart des données recueillies ou diffusées à l'échelon fédéral, provincial et territorial n'ont bien souvent pas, en dépit de leur abondance, une présentation qui favorise la recherche et l'analyse en profondeur (Pitblado et al. 1999). Et tout comme pour la recherche sur la santé en général, les liens entre décideurs et chercheurs sont ténus. On peut donc dire que les politiques, les stratégies, les programmes et les pratiques de la santé en milieu rural n'ont pas été aussi efficaces qu'ils auraient pu l'être.

DÉFINITION D'UNE VISION ET DE PRINCIPES CLAIRS

Il y a manifestement d'importants défis à relever. Il faut d'abord se fixer pour objectif que les Canadiens vivant dans des régions et des collectivités rurales et éloignées jouissent d'une aussi bonne santé que ceux qui vivent dans des régions métropolitaines et d'autres centres urbains. Jose Amaujaq Kusugak a fait écho à cette vision, à l'audience publique de Montréal, en se disant d'avis que le succès de notre système de santé ne sera pas mesuré uniquement en

fonction de la qualité ou du service offert dans les meilleurs établissements urbains, mais aussi en fonction de l'*égalité* de service que le Canada pourra offrir à ses collectivités éloignées et à ses collectivités du Nord » (Inuit Tapiriit Kanatami 2002).

Toutes les initiatives de santé en milieu rural, notamment l'élaboration des politiques, la planification des programmes, la pratique clinique, la recherche et le perfectionnement des ressources humaines dans le domaine de la santé, devraient s'imprégner de cette vision, laquelle devrait reposer sur les principes suivants :

- Les initiatives de santé en milieu rural devraient viser à assurer l'équité sur le plan de l'accès aux soins de santé et des résultats en matière de santé.
- Il ne saurait y avoir une stratégie unique pour l'ensemble des collectivités. Il faut élaborer des approches particulières pour répondre aux divers besoins en santé et au contexte propre aux diverses collectivités.
- Il faut se pencher à la fois sur les problèmes immédiats (p. ex. l'accès aux infirmières et aux médecins) et sur les problèmes plus fondamentaux (p. ex. la conjoncture économique et les conditions de vie).
- Les stratégies de santé devraient être axées sur les résultats. Différentes approches sont possibles en autant qu'elles visent à améliorer la santé et l'accès aux soins de santé.
- Les politiques, les stratégies et les programmes devraient reposer sur des données probantes et des recherches. Il faut également évaluer objectivement les résultats de diverses approches.
- Les stratégies conçues pour les centres urbains ne conviennent pas nécessairement aux collectivités rurales. Ces dernières devront peut-être adapter les approches urbaines ou en élaborer de nouvelles en fonction de leurs besoins particuliers.
- Les membres de la collectivité, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les autorités régionales de la santé, les professionnels de la santé et d'autres intervenants doivent être mis à contribution pour trouver des solutions et prendre les mesures qui s'imposent.

« L'avenir est ancré dans le présent. Il est important de bien saisir le caractère particulier de la santé en milieu rural si l'on veut élaborer des modèles réalisables et viables. »

SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA, 2001. MÉMOIRE.

Il faut adopter une approche véritablement nationale pour relever les grands défis que pose la santé en milieu rural et compléter les initiatives locales ou régionales. Bon nombre de ces défis sont certes ancrés dans la réalité régionale ou locale, mais ils n'en partagent pas moins des caractéristiques et des difficultés qui exigent une intervention nationale. En vertu de la Constitution, les provinces sont investies de la responsabilité d'administrer les systèmes de santé provinciaux et d'assurer des services de santé à leurs citoyens. Le gouvernement fédéral pourrait cependant jouer un rôle de coordination et de facilitation en collaborant étroitement avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec d'autres intervenants. Prises dans leur ensemble, les mesures recommandées dans ce chapitre et dans d'autres chapitres permettront d'assurer aux collectivités rurales un meilleur accès aux soins de santé et un meilleur état de santé.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Accroître l'offre de professionnels de la santé dans les petites collectivités

RECOMMANDATION 30 :

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour attirer et retenir les professionnels de la santé dans les collectivités rurales et éloignées.

RECOMMANDATION 31 :

Il faudrait utiliser une partie du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir de nouvelles façons de donner aux médecins, aux infirmières et à d'autres dispensateurs de soins l'occasion de faire l'expérience du milieu rural dans le cadre de leurs études et de leur formation.

Les petites collectivités ne peuvent améliorer leur accès aux soins de santé que si elles arrivent à attirer et à retenir des professionnels de la santé. L'injection immédiate de sommes supplémentaires tirées du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées devrait viser à régler cet épineux problème. Les provinces et les territoires doivent définir les approches qui conviennent le mieux à leurs collectivités et songer dans le court terme à verser des primes destinées à attirer des médecins et des infirmières dans les collectivités rurales et éloignées.

L'éducation et la formation des professionnels de la santé représentent une solution plus prometteuse à long terme. Comme l'a souligné l'Association des facultés de médecine du Canada, un certain nombre d'initiatives rurales sont en cours dans des facultés de médecine canadiennes (AFMC 2002). Il faut toutefois élargir les possibilités de formation de tout un éventail de dispensateurs de soins œuvrant dans les régions rurales et éloignées. Il faut instaurer des approches axées sur la collaboration si l'on veut tirer profit au maximum des compétences des équipes et des réseaux multidisciplinaires. Il faut favoriser une utilisation plus flexible des dispensateurs de soins et donner de la formation et du soutien aux aidants naturels dans le rôle qu'ils jouent en milieu rural.

Élargir les approches de télésanté

RECOMMANDATION 32 :

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir l'expansion des approches de télésanté.

Un certain nombre d'approches novatrices peuvent donner aux petites collectivités un meilleur accès aux soins de santé. On pense immédiatement à la télésanté. Elle utilise les technologies de l'information pour relier les patients et les professionnels de la santé à toute une gamme de services qui peuvent être rassemblés pour offrir des soins de meilleure qualité. Elle offre de grandes possibilités pour ce qui est de surmonter les obstacles de la distance et d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les collectivités rurales (Pong 2002). Les habitants des régions rurales et éloignées peuvent être reliés à des omnipraticiens, à des spécialistes et à

d'autres services de santé des grands centres. Des professionnels de la santé peuvent poser un diagnostic, traiter des patients et faire des consultations à distance. L'approche permet à la fois de donner de l'information sur les maladies aux patients et aux professionnels de la santé, de mieux renseigner les patients en général et d'assurer le perfectionnement professionnel des dispensateurs de soins dans des régions éloignées. Diverses approches peuvent être utilisées allant du télétriage à la formation à distance et, plus récemment, aux télésoins à domicile. Plusieurs provinces ont fait de grands pas en télésanté, notamment Terre-Neuve et le Labrador.

La télésanté est particulièrement prometteuse pour le Nord du Canada. L'honorable Edward Picco, ministre de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, a indiqué que ces technologies pouvaient sauver des vies au Nunavut (Nunavut 2002). Assurer l'accès aux soins de santé aux habitants de collectivités situées à plus de 2 000 km les unes des autres présente un défi de taille. Reconnaissant les avantages de cette innovation, le gouvernement du Nunavut a conclu des ententes avec les gouvernements de l'Australie et de Terre-Neuve et du Labrador quant au partage de l'information et des découvertes liées à la télésanté. Ils sont d'avis que le recours accru aux technologies de la télésanté entraînera à la fois des économies et une amélioration de l'état de santé des habitants du territoire (Nunavut 2002).

Les autorités du Yukon ont dû, elles aussi, trouver des moyens novateurs d'assurer des soins de santé efficaces et accessibles. Elles ont fait appel à des applications de la télésanté pour élargir les services en santé mentale, la formation professionnelle et continue et les consultations d'omnipraticiens. La plupart des collectivités du Yukon sont à cinq ou six heures de route de Whitehorse et bon nombre d'entre elles ne sont pas accessibles en voiture ou en avion, surtout par mauvais temps. Les résidents du Yukon doivent parfois se rendre dans des hôpitaux situés à l'extérieur du territoire pour obtenir des services spécialisés. Un seul vol peut coûter plus de 10 000 $. Les coûts du plan de déplacement pour soins médicaux du Yukon ont donc augmenté de plus de 26 % au cours des cinq dernières années (Yukon 2002).

La situation est semblable dans les Territoires du Nord-Ouest. La population de cette région fait face à de graves problèmes de santé, notamment à des taux élevés de recrudescence de certaines maladies et à certains facteurs sociaux qui minent la santé. L'utilisation maximale des services de santé et les restrictions importantes de l'accès découlant de l'éloignement géographique et du manque de ressources humaines en santé et d'installations de soins de santé viennent exacerber ces défis. Le gouvernement affecte donc au transport 6,5 % du budget prévu pour la santé et les services sociaux (T.N.-O. 2002).

Grâce à des données probantes et à des évaluations de meilleure qualité, on pourra faire des choix plus éclairés quant à l'usage optimal des technologies de la télésanté dans des contextes particuliers. À l'heure actuelle, les évidences que nous possédons sur les bénéfices de la télésanté sont minimales (Roine et al. 2001). Une étude (Whitten et al. 2002, 1437) en est venue à la conclusion «[qu']il n'y a présentement aucune donnée probante indiquant si la télésanté constitue une manière rentable de fournir des soins de santé ». [*Traduction*] Cela ne signifie pas qu'il faille mettre un terme aux initiatives de télésanté, mais indique plutôt qu'il faut porter davantage d'attention et d'efforts à l'évaluation de ses applications.

Comme la télésanté peut améliorer l'accès aux soins de santé, le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées devrait servir à élargir ses applications. Il faudrait affecter ces fonds à l'achat du matériel dont les petites collectivités ont besoin ainsi qu'à l'éducation, à la

formation et au soutien nécessaires pour assurer un usage et une gestion efficaces de ces technologies. L'expérience récente dans les provinces suggère que la télé-éducation et l'éducation continue bénéficient grandement des technologies de l'information et de communication. Les investissements en télésanté devraient répondre aux besoins des membres de chacune des collectivités et faire en sorte que :

- des politiques permettent d'autoriser les professionnels de la santé à assurer des services de santé à distance (en particulier d'un champ de compétence à un autre);
- les questions liées à la protection de la vie privée et à la sécurité des patients aient été abordées de façon adéquate;
- la formation et le soutien nécessaires pour faciliter l'utilisation efficace et efficiente des applications de télésanté soient offerts;
- l'impact des applications de la télésanté sur les résultats en matière de santé dans les collectivités rurales et éloignées soit évalué.

L'absence de connexions haute vitesse à l'Internet nuit à l'avènement de la télésanté dans un grand nombre de petites collectivités. Ces connexions exigent l'accès à une technologie appelée infrastructure à large bande de base. Selon un rapport récent de l'OCDE (2001c), le Canada vient au deuxième rang pour l'accès global aux services à large bande, derrière la Corée, mais devant la Suède et les États-Unis. Malgré ce classement relativement élevé, le Groupe de travail national sur les services à large bande estime qu'environ 5 000 collectivités (79 % de l'ensemble des collectivités canadiennes) se classent parmi les collectivités difficiles à desservir. Selon les membres du Groupe, « la possibilité de réduire [...] les facteurs de coûts attribuables à la distance et au temps dans l'activité économique et la prestation des services publics — constitue l'aspect le plus révolutionnaire des services à large bande » (Canada. Industrie Canada 2001, 3). Le Groupe de travail a recommandé que les installations et les services à large bande soient étendus à l'ensemble des collectivités canadiennes d'ici 2004 en accordant la priorité aux Premières nations, aux Inuits et aux collectivités rurales et éloignées.

La capacité de la télésanté d'améliorer les soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées de l'ensemble du pays devrait occuper une place prépondérante au moment de l'établissement des priorités de l'expansion de l'infrastructure à large bande au Canada.

AMÉLIORER LA SANTÉ

RECOMMANDATION 33:

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir des moyens novateurs d'assurer des services de santé aux petites collectivités et d'améliorer l'état de santé de leurs habitants.

Par le passé, des approches novatrices ont été financées essentiellement au moyen de projets pilotes. La difficulté tient alors à ce que ces projets sont, en général, d'une taille et d'une portée restreintes. Des projets de démonstration à pleine échelle, financés au moyen du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, permettraient aux provinces et aux territoires non seulement de faire l'essai d'approches novatrices dans la prestation des services de santé mais aussi de sonder les causes sous-jacentes aux problèmes de santé dans les petites collectivités.

Nous avons peu tenté jusqu'à maintenant d'étudier une vaste gamme de facteurs et de situations qui influent sur la santé de la population à l'échelon communautaire ou régional. La relation entre les déterminants de la santé, les comportements liés à la santé et l'état de santé est donc largement inconnue (Roussos et Fawcett 2000). Il est certain qu'un plus faible niveau de scolarité, un plus haut taux de chômage et un moins bon accès aux soins de santé influent sur l'état de santé des habitants des petites collectivités, mais l'incidence précise de ces facteurs n'a pas fait l'objet d'une étude complète. De la même manière, l'impact de la vie dans des petites collectivités sur les comportements liés à la santé et l'état de santé doit être étudié bien davantage. On connaît encore moins les moyens de lutter contre les maux qui affligent les collectivités rurales et éloignées et de les éliminer.

Les approches polyvalentes visant à renforcer le capital social, à augmenter la résilience de la collectivité, à construire une base économique viable et à favoriser des comportements positifs en matière de santé ne sont pas nombreuses non plus. Mais il y a tout de même quelques bons modèles à suivre, par exemple l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, le mouvement *Villes et Villages en santé* et le programme *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur*. Ce sont des approches larges qui ne se concentrent pas sur une maladie particulière, mais tiennent compte d'un certain nombre de facteurs qui influent sur la santé de la population.

Les projets de démonstration sur la santé de la population envisagés dans ce rapport devraient être beaucoup plus vastes que les projets pilotes qui les ont précédés et faire appel à des partenaires issus de divers secteurs de l'économie et de la société. L'objectif visé est de trouver les meilleurs moyens de renforcer la résilience de la collectivité, le capital social et les ressources locales, de favoriser les comportements et les modes de vie sains et d'améliorer l'état de santé global des habitants des collectivités rurales et éloignées.

Le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées devrait servir à aider les provinces, les territoires, les collectivités et les autorités de la santé à créer et à mettre en œuvre un éventail de modèles et d'approches. Pour atteindre ce but, il faut instaurer un processus d'évaluation et de diffusion des résultats de ces projets de démonstration et, en particulier, souligner les pratiques exemplaires et permettre aux collectivités canadiennes de tirer profit des expériences des autres. Il faudrait financer des projets de démonstration qui répondent aux besoins reconnus des collectivités, qui ont recours à des approches novatrices pour y arriver et qui peuvent améliorer globalement l'état de santé des habitants des petites collectivités de l'ensemble du pays.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Cela signifie qu'une partie des besoins les plus criants de la population des collectivités rurales et éloignées trouveront réponse. Cela signifie que l'on pourra prendre des mesures réfléchies, décisives et immédiates pour remédier aux graves pénuries de professionnels de la santé qui frappent de nombreuses petites collectivités. Cela signifie que des nouvelles approches comme la télésanté, qui peuvent littéralement porter les soins de santé au cœur des collectivités rurales et éloignées, pourront remplir leurs promesses. À plus long terme, cela signifie que l'écart qui sépare l'état de santé des habitants des petites collectivités de celui du reste de la population canadienne pourra s'atténuer.

SOINS À DOMICILE – LE PROCHAIN SERVICE ESSENTIEL

Orientations proposées

- ***Se servir du nouveau Transfert proposé en matière de soins à domicile pour établir un programme national de services de soins à domicile.***
- ***Réviser la* Loi canadienne sur la santé *pour y inclure la couverture des services de soins à domicile dans les secteurs prioritaires.***
- ***Améliorer la qualité des soins et du soutien prévus pour les personnes souffrant d'une maladie mentale en incluant la prise en charge des cas de santé mentale et les services d'intervention dans la* Loi canadienne sur la santé.**
- ***Élargir la* Loi canadienne sur la santé *de manière à y inclure la couverture des soins à domicile en phase post-aiguë, y compris la gestion des médicaments et les services de réadaptation.***
- ***Prévoir la couverture des services de soins palliatifs à domicile dans la* Loi canadienne sur la santé *afin d'accorder un soutien aux gens au cours des six derniers mois de leur vie.***
- ***Introduire un nouveau programme en vue d'assurer un soutien permanent aux aidants naturels.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Les soins à domicile constituent l'un des volets du système de santé qui évolue le plus rapidement. Les services qui, auparavant, étaient assurés exclusivement à l'hôpital, dans les cabinets de médecins, dans les cliniques ou les établissements de soins de longue durée, peuvent maintenant l'être à domicile. Les services de soins à domicile comprennent une vaste gamme de traitements allant des visites de suivi pour vérifier à quel point le patient s'est rétabli après une intervention chirurgicale jusqu'aux visites périodiques chez les aînés afin de surveiller leur état de santé ou, dans certains cas, jusqu'aux traitements très complexes comme la dialyse ou l'intraveinothérapie. Les avantages sont évidents. Les gens peuvent rester chez eux, tout en sachant que quelqu'un sera là pour surveiller leur santé. Pour certaines personnes, surtout les aînés ou les personnes vivant avec des incapacités, cela signifie qu'elles peuvent demeurer

autonomes. Il coûte généralement moins cher de garder les gens à domicile que de les hospitaliser. Selon un grand projet canadien intitulé l'Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile (Hollander et Chappell 2002), tout porte de plus en plus à croire que le fait d'investir dans les soins à domicile peut permettre de réaliser des économies tout en améliorant les soins et la qualité de vie pour les personnes qui autrement seraient hospitalisées ou placées dans des établissements de soins de longue durée.

S'il est vrai que les soins à domicile ne sont présentement pas considérés comme un service médicalement nécessaire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires reconnaissent leur valeur et ont pris des mesures pour élargir les soins à domicile dans le cadre des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé. Mais il existe des variations considérables dans l'ensemble du pays en ce qui concerne les types de services de soins à domicile couverts et la somme que doivent verser les particuliers pour couvrir une partie des coûts.

Comme les soins à domicile sont devenus un substitut partiel de soins auparavant dispensés surtout dans des hôpitaux ou par des médecins, et en raison de la valeur que représentent des services de soins à domicile efficaces tant pour le particulier que pour le système de santé, de nombreux arguments militent en faveur de l'adoption d'une mesure visant à élargir la couverture en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, pour la première fois depuis 35 ans. Comme il est souligné dans le Chapitre 2, la Commission recommande de redéfinir ce qui est couvert en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'y inclure les soins à domicile médicalement nécessaires, de même que les services de diagnostic (question abordée de façon plus détaillée au Chapitre 6).

Cette mesure importante traduit les vues exprimées par de nombreux Canadiens dans le cadre des consultations de la Commission. La Commission a entendu, à maintes reprises, des témoignages selon lesquels notre définition de services « médicalement nécessaires » ne doit pas se limiter aux services hospitaliers et aux services médicaux. La définition doit reposer sur le besoin et non sur le lieu où est dispensé le service ou sur la personne qui assure le service.

En raison des coûts importants qu'entraînerait l'inclusion de tous les services de soins à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé*, il faut accorder la priorité aux besoins les plus criants. Il y a peu de doute que le soutien efficace aux soins à domicile revêt une importance vitale pour les personnes souffrant d'une maladie mentale, pour les personnes qui viennent d'obtenir leur congé de l'hôpital et pour celles qui en sont aux derniers mois de leur vie. Ces trois secteurs — la santé mentale, les soins en phase post-aiguë, et les soins palliatifs — devraient être les trois premiers services de soins à domicile à inclure dans une *Loi canadienne sur la santé* révisée.

La Commission a également pris connaissance de témoignages sur le rôle important que jouent les familles, les amis et autres aidants naturels dans les soins qu'ils dispensent aux personnes vivant avec une maladie chronique ou une incapacité, aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale permanents ou, encore, aux personnes qui doivent entreprendre de longs mois de réadaptation à domicile. Les pressions s'exerçant sur ces aidants naturels sont importantes et il faut les reconnaître. Il y aurait lieu d'établir un nouveau programme national par le truchement de l'assurance-emploi afin d'assurer un soutien direct aux aidants naturels et leur permettre de consacrer le temps qu'il faut pour prendre soin des membres de leur famille.

Prises ensemble, ces recommandations auraient un retentissement énorme sur les Canadiens d'un océan à l'autre. Pour des milliers de personnes atteintes d'une maladie mentale, cela signifie qu'elles pourront vivre une vie pleine et productive dans leur collectivité tout en sachant qu'elles pourront obtenir, au gré de leurs besoins, un appui permanent. Pour les personnes qui se remettent d'une intervention chirurgicale à la maison, par exemple, cela signifie qu'elles pourront obtenir des services de soins à domicile adéquats. Pour celles à qui il reste peu de temps à vivre, cela signifie qu'elles et leur famille recevront une aide en matière de soins à domicile. Et pour les membres des familles qui se retrouvent dans l'une ou l'autre de ces situations, cela signifie qu'ils pourront bénéficier d'un soutien direct et disposer du temps qu'il faut pour aider à assurer des soins. Cela signifie aussi que les ressources provinciales et territoriales actuelles consacrées aux services de soins à domicile dans ces trois secteurs prioritaires seraient libérées pour assurer des services de soins à domicile additionnels aux personnes souffrant d'une incapacité physique ou d'une maladie chronique.

SOINS À DOMICILE AU CANADA

Variations dans l'ensemble du pays

Tous semblent savoir intuitivement ce en quoi consistent les soins à domicile et, pourtant, il n'existe pas de définition unique de ce genre de soins. Il s'agit, pour le moins, d'un terme utilisé pour décrire une vaste gamme de services permettant aux personnes atteintes d'un trouble mental ou d'une incapacité physique de vivre à la maison et d'y recevoir les soins dont elles ont besoin. Il arrive très souvent que ces soins aient pour effet de prévenir ou de retarder les soins hospitaliers, les soins en établissement de longue durée ou de les remplacer. Le soutien aux soins à domicile comprend habituellement :

- les services professionnels comme les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie;
- les soins personnels, y compris l'aide liée aux activités de la vie quotidienne comme le bain, les transferts, et la toilette;
- l'aide familiale et le soutien à domicile destinés à faciliter les activités de la vie quotidienne comme le nettoyage, la lessive et la préparation des repas.

Hollander et Walker (1998) font remarquer que les écarts concernant les soins à domicile sont reliés surtout à trois fonctions :

- le maintien à domicile et la prévention — aider les personnes ayant des problèmes de santé à demeurer à la maison et prévenir leur placement en établissement;
- la substitution des soins de longue durée — répondre aux besoins des personnes qui, privées de soins à domicile, devraient être placées en établissement;
- la substitution des soins aigus — permettre aux personnes d'être traitées à la maison plutôt que de rester ou d'être admises dans un établissement de soins aigus.

Depuis les années 1970, les provinces et les territoires ont mis sur pied et financé des programmes de soins à domicile. Pour diverses raisons, notamment les priorités et les besoins régionaux différents, les variations dans les budgets provinciaux et territoriaux et l'évolution des programmes de soins de santé locaux, on observe d'importantes différences non seulement d'une

province ou d'un territoire à un autre, mais également au sein de chaque province ou territoire. Malgré ces défis, il est possible d'établir certaines comparaisons générales en ce qui concerne la gamme des services de soins à domicile, la différence dans les exigences en matière d'admissibilité et le financement des soins à domicile.

Services de soins à domicile

Toutes les provinces et les territoires offrent certains services d'évaluation et de prise en charge des cas dans le cadre des services de soins à domicile. Toutefois, la similarité s'arrête là. Dans le cas des soins infirmiers à domicile, certaines provinces offrent une vaste couverture alors que d'autres limitent les soins infirmiers à domicile à une somme mensuelle maximale, à un nombre limité d'heures ou, encore, au coût équivalent à celui des soins en établissement. Pour ce qui est des fournitures médicales destinées aux soins à domicile, certaines provinces et certains territoires offrent des fournitures pour un temps limité ou uniquement pour les soins à domicile aigus, tandis que d'autres prennent les décisions à ce sujet en fonction d'une évaluation de la capacité de payer des individus. En ce qui concerne les services de réadaptation à domicile, certaines provinces et certains territoires offrent des programmes complets alors que d'autres n'en offrent aucun.

Admissibilité aux services de soins à domicile

Il existe aussi des différences dans les exigences en matière d'admissibilité. Bref, les habitants d'une province peuvent être admissibles à certains services, alors que les habitants de d'autres provinces se trouvant dans une situation semblable ne le sont pas.

Exception faite de la Colombie-Britannique, où l'admissibilité peut être assujettie à une période de résidence de 12 mois, il faut, pour être admissible aux soins à domicile, remplir les conditions générales suivantes:

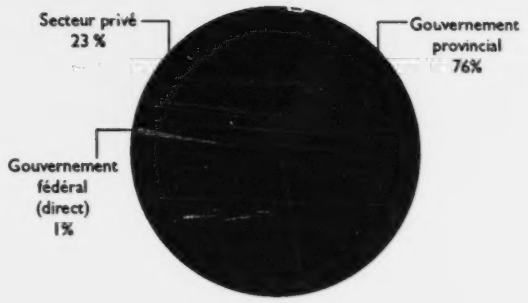
- avoir résidé dans la province ou le territoire pendant trois mois;
- détenir une carte d'assurance-santé;
- nécessiter des soins en matière de santé;
- vivre dans un logement convenable pour les soins à domicile (un logement sûr prévoyant un soutien familial, social et communautaire adéquat);
- avoir une référence d'un médecin (dans certaines provinces et certains territoires).

Dans le cadre de ces exigences générales, certaines provinces et certains territoires offrent une couverture complète, alors que d'autres fournissent des services de soins à domicile de nature plus limitée déterminés en fonction de la gravité de la maladie, des moyens financiers, des limites financières ou d'autres critères.

Financement des soins à domicile

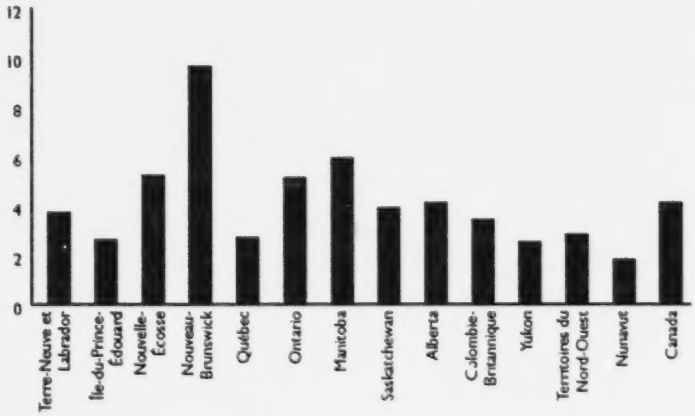
À l'heure actuelle, les services de soins à domicile sont financés grâce à un agencement de fonds provenant des provinces et territoires et du gouvernement fédéral, auxquels s'ajoutent les régimes d'assurance privés et les paiements versés par les Canadiens (voir figure 8.1). Dans certaines provinces, on évalue la capacité de payer pour déterminer l'accès aux services de soins à domicile.

Figure 8.1
Distribution en pourcentage des dépenses liées aux soins à domicile par source de financement, 2000-2001



Nota : Les dépenses liées aux soins à domicile du secteur privé ont été évaluées par Santé Canada en fonction des résultats de sondages de Statistique Canada et de l'apport de fournisseurs privés de services de soins à domicile. La proportion des soins à domicile payés par les assureurs privés n'a pas été estimée et n'a donc pas été incluse dans les estimations de Santé Canada.
Source : Santé Canada 2001d; ICIS 2001d.

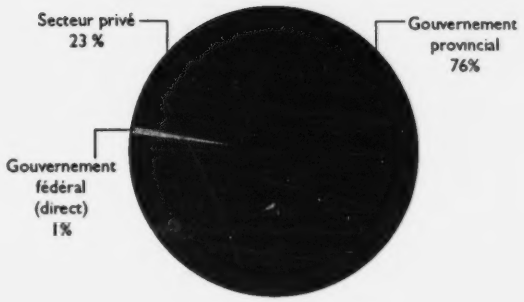
Figure 8.2
Dépenses provinciales-territoriales liées aux soins à domicile en tant que pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales liées à la santé 2000-2001



Source : Santé Canada 2001d.

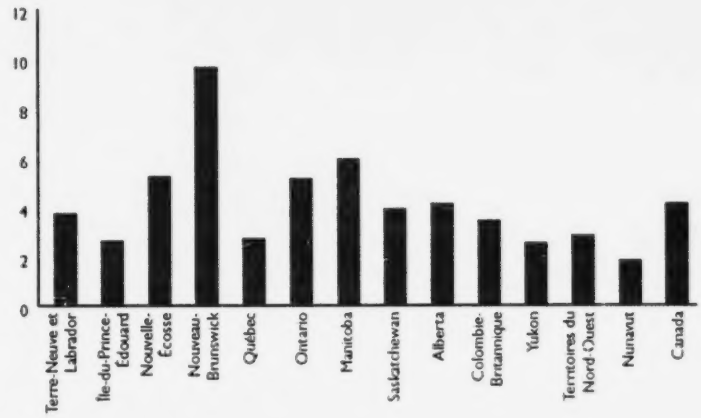
On constate aussi de grandes variations en ce qui concerne le pourcentage des budgets provinciaux et territoriaux consacré aux soins de santé. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, affecte près de 10 % de son budget total de santé aux soins à domicile, comparativement à moins de 2 % au Nunavut (voir figure 8.2). En moyenne, les provinces et les territoires consacrent entre 4 % et 5 % de leur budget de santé aux soins à domicile. Entre 1980-1981 et 2000-2001, le taux de croissance annuel moyen des dépenses au titre des soins à domicile, par province et par territoire, était de 14 % comparativement à 6,2 % pour les dépenses d'hôpitaux et à 7,1 % pour l'ensemble des dépenses de santé provinciales et territoriales (voir figure 8.3).

Figure 8.1
Distribution en pourcentage des dépenses liées aux soins à domicile par source de financement, 2000-2001



Nota : Les dépenses liées aux soins à domicile du secteur privé ont été évaluées par Santé Canada en fonction des résultats de sondages de Statistique Canada et de l'apport de fournisseurs privés de services de soins à domicile. La proportion des soins à domicile payés par les assureurs privés n'a pas été estimée et n'a donc pas été incluse dans les estimations de Santé Canada.
Source : Santé Canada 2001d; ICIS 2001d.

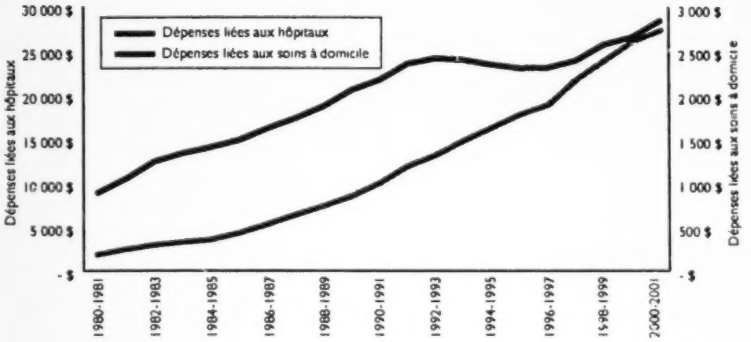
Figure 8.2
Dépenses provinciales-territoriales liées aux soins à domicile en tant que pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales liées à la santé 2000-2001



Source : Santé Canada 2001d.

On constate aussi de grandes variations en ce qui concerne le pourcentage des budgets provinciaux et territoriaux consacré aux soins de santé. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, affecte près de 10 % de son budget total de santé aux soins à domicile, comparativement à moins de 2 % au Nunavut (voir figure 8.2). En moyenne, les provinces et les territoires consacrent entre 4 % et 5 % de leur budget de santé aux soins à domicile. Entre 1980-1981 et 2000-2001, le taux de croissance annuel moyen des dépenses au titre des soins à domicile, par province et par territoire, était de 14 % comparativement à 6,2 % pour les dépenses d'hôpitaux et à 7,1 % pour l'ensemble des dépenses de santé provinciales et territoriales (voir figure 8.3).

Figure 8.3
Dépenses provinciales-territoriales liées aux hôpitaux et aux soins à domicile (en millions de dollars), 1980-1981 à 2000-2001



Source : Santé Canada 2001d.

Regard sur l'avenir

Un regard sur l'avenir suggère que la demande de services de soins à domicile augmentera. La demande sera dictée par un certain nombre de facteurs, notamment :

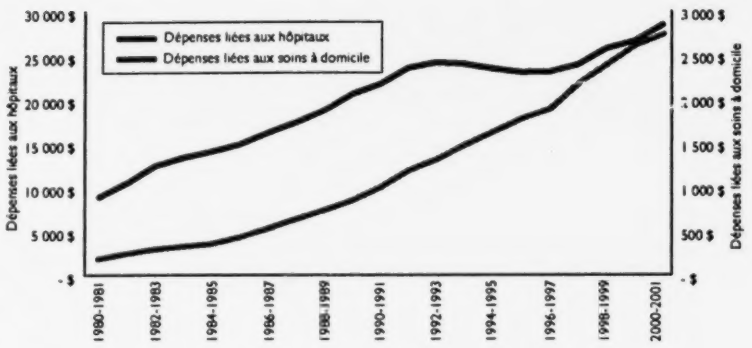
- les nouvelles découvertes concernant les traitements, les médicaments et la technologie qui font qu'il est de plus en plus possible pour les personnes d'être traitées à la maison plutôt qu'à l'hôpital ou dans d'autres établissements;
- de nouveaux modèles de soins de santé primaires qui permettent aux équipes soignantes et aux réseaux de dispensateurs de soins de santé de prendre en charge et de surveiller la santé des personnes à la maison et dans leur collectivité;
- une population croissante d'aînés qui veut avoir accès aux soins à domicile;
- des pressions croissantes s'exerçant sur les aidants naturels;
- des tendances continues vers le congé rapide de l'hôpital;
- le rapport coût-efficacité global des soins à domicile;
- l'amélioration de la qualité de vie résultant des soins à domicile;
- des temps de rétablissement accélérés;
- les considérations d'ordre éthique entourant la prestation de soins spécialisés dans certains cadres.

« Nous devons prendre de décisions allant même au-delà des coûts – c'est-à-dire, [au sujet] de la valeur ajoutée de pouvoir demeurer à la maison, par exemple. »

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES DU QUÉBEC. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

Étant donné ces tendances, il est important d'aborder les disparités actuelles dans les services de soins à domicile. Les variations régionales dans les soins à domicile préoccupent les Canadiens, à tel point que certains se demandent s'ils ne devraient pas, plus tard dans leur vie, déménager dans des endroits offrant de meilleurs programmes afin d'avoir accès aux services dont ils auront besoin. Quand les différences dans la

Figure 8.3
Dépenses provinciales-territoriales liées aux hôpitaux et aux soins à domicile (en millions de dollars), 1980-1981 à 2000-2001



Source : Santé Canada 2001d.

Regard sur l'avenir

Un regard sur l'avenir suggère que la demande de services de soins à domicile augmentera. La demande sera dictée par un certain nombre de facteurs, notamment :

- les nouvelles découvertes concernant les traitements, les médicaments et la technologie qui font qu'il est de plus en plus possible pour les personnes d'être traitées à la maison plutôt qu'à l'hôpital ou dans d'autres établissements;
- de nouveaux modèles de soins de santé primaires qui permettent aux équipes soignantes et aux réseaux de dispensateurs de soins de santé de prendre en charge et de surveiller la santé des personnes à la maison et dans leur collectivité;
- une population croissante d'aînés qui veut avoir accès aux soins à domicile;
- des pressions croissantes s'exerçant sur les aidants naturels;
- des tendances continues vers le congé rapide de l'hôpital;
- le rapport coût-efficacité global des soins à domicile;
- l'amélioration de la qualité de vie résultant des soins à domicile;
- des temps de rétablissement accélérés;
- les considérations d'ordre éthique entourant la prestation de soins spécialisés dans certains cadres.

« Nous devons prendre de décisions allant même au-delà des coûts – c'est-à-dire, [au sujet] de la valeur ajoutée de pouvoir demeurer à la maison, par exemple. »

ASSOCIATION QUÉBECOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES DU QUÉBEC. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

Étant donné ces tendances, il est important d'aborder les disparités actuelles dans les services de soins à domicile. Les variations régionales dans les soins à domicile préoccupent les Canadiens, à tel point que certains se demandent s'ils ne devraient pas, plus tard dans leur vie, déménager dans des endroits offrant de meilleurs programmes afin d'avoir accès aux services dont ils auront besoin. Quand les différences dans la

couverture des soins de santé et les services dans l'ensemble du pays ont un tel impact, il est temps d'agir. Les écarts observés dans l'ensemble du pays signifient qu'il y a un grand nombre de personnes ayant d'importants besoins de soins à domicile qui ne sont pas satisfaits à l'heure actuelle. Enfin, les dépenses provinciales et territoriales au titre des soins à domicile continueront d'augmenter au fur et à mesure que ces soins deviennent une composante importante du continuum des soins assurés aux Canadiens. Voilà donc pourquoi il y aurait lieu de prendre les premières mesures critiques visant à intégrer les soins à domicile au système de santé financé par l'État et à inclure les services de soins à domicile prioritaires dans une *Loi canadienne sur la santé* révisée.

FAIRE DES SOINS À DOMICILE LE PROCHAIN SERVICE ESSENTIEL

RECOMMANDATION 34 :

Que le nouveau Transfert proposé en matière de soins à domicile soit utilisé pour appuyer l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'y inclure les services de soins à domicile médicalement nécessaires dans les secteurs suivants:

- **Que la prise en charge des cas de santé mentale et les services d'intervention soient immédiatement inclus dans le champ des services médicalement nécessaires visés par la *Loi canadienne sur la santé*.**

- **Que les services de soins à domicile pour les patients en phase post-aiguë, y compris la couverture de la gestion des médicaments et des services de réadaptation, soient inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*.**

- **Que les services de soins palliatifs à domicile visant à accorder un soutien aux personnes qui les requièrent au cours des derniers six mois de leur vie soient également inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*.**

Définir et financer un programme national de services de soins à domicile

Les Canadiens ont indiqué que les services de soins à domicile étaient trop importants pour être exclus de la définition des services de soins de santé assurés par la *Loi canadienne sur la santé*. Même si, pour le moment, il est impossible sur le plan financier d'inclure tous les services de soins à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé*, la première étape consisterait à établir un programme national de services accessible à tous les Canadiens partout au pays et selon les mêmes conditions.

Un programme national de services de soins à domicile établirait en quelque sorte un seuil minimum de services accessibles partout au pays. Le fait d'établir un programme national de services de soins à domicile n'empêcherait pas les provinces, les territoires ou les régions d'ajouter aux services de base des services axés sur les besoins et priorités de leurs collectivités.

« ...un régime national de soins à domicile qui enchâsse les soins à domicile de sorte que nous puissions nous déplacer partout au pays sans avoir à craindre qu'une province ou une autre n'offre pas les services dont nous avons besoin »

HOME SUPPORT ACTION GROUP OF VICTORIA. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE VICTORIA.

En effet, le soutien additionnel aux soins à domicile prévu par le truchement du Transfert en matière de soins à domicile permettrait de libérer des ressources qui devraient être utilisées pour améliorer et élargir les services de soins à domicile existants destinés aux personnes souffrant de problèmes de santé et d'incapacités chroniques et de long terme. Au fil du temps, si les ressources financières le permettent, des services de soins à domicile accrus pourraient être prévus en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour ce qui est des coûts de l'élargissement de la couverture aux services de soins à domicile, la Commission s'est inspirée des travaux de plusieurs experts-conseils (Hirdes et al. 2002) pour estimer combien il en coûterait d'inclure les trois secteurs prioritaires dans la *Loi canadienne sur la santé* — les services de santé mentale à domicile, les soins à domicile en phase post-aiguë, et les soins palliatifs à domicile. Les constatations des experts-conseils et l'approche qu'ils ont retenue pour préparer l'estimation figurent à l'Annexe G.

Voici les coûts estimés (sans compter le coût des médicaments d'ordonnance) établis en fonction de leur analyse :

Prise en charge des cas de santé mentale et intervention	568,1 millions de dollars
Soins médicaux en phase post-aiguë	117,7 millions de dollars
Réadaptation en phase post-aiguë	204,6 millions de dollars
Soins palliatifs à domicile	89,3 millions de dollars
Total	979,7 millions de dollars

Comme il est mentionné au Chapitre 2, le Transfert proposé en matière de soins à domicile permettrait de prévoir 1 milliard de dollars pour lancer une couverture élargie des services de soins à domicile dans les trois secteurs prioritaires à la condition que les provinces et les territoires fournissent des services de soins à domicile conformément au programme national. Après une période initiale de deux ans, le Transfert en matière de soins à domicile viendrait s'ajouter définitivement au Transfert canadien en matière de santé (voir chapitre 2) à long terme. On pourrait ainsi assurer un financement permanent et stable pour appuyer l'intégration continue des services de soins à domicile et en faire une composante essentielle du système de santé.

Prise en charge des cas de santé mentale à domicile et interventions

La santé mentale a souvent été décrite comme l'un des « orphelins » de l'assurance-santé. La Commission a entendu, à maintes reprises, des témoignages selon lesquels il était temps de régler cette question et d'intégrer la santé mentale aux soins publics de santé. La réalité, c'est que les soins de santé mentale ont changé et qu'ils constituent maintenant, pour l'essentiel, un service à domicile et un service communautaire où seul un petit nombre de personnes ont besoin d'être hospitalisées ou placées en établissement et, même là, uniquement pour de courts laps de temps.

La recommandation de la Commission tient compte de cette réalité et a pour objet une mesure longuement attendue, soit l'inclusion des soins de santé mentale à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé* et leur accessibilité partout au pays.

La façon dont les services de santé mentale sont assurés a subi d'importantes modifications au début des années 1960. La Commission royale d'enquête sur les services de santé du juge Emmett Hall (1964 Volume I, 21) signalait que « parmi tous les problèmes présentés à la Commission, celui qui préoccupe le plus le public, exception faite du financement des services de santé en général, est la maladie mentale... ». La Commission Hall a recommandé que les soins de santé mentale soient intégrés au système hospitalier en ajoutant des services et des ailes psychiatriques aux hôpitaux, en remplaçant ainsi les asiles psychiatriques plus importants et plus isolés. La santé mentale devait se voir conférer le même statut que la maladie physique pour ce qui est de l'organisation et de la prestation des services.

> *« La Commission est mon dernier espoir de réforme du domaine de la santé mentale. »*
>
> CLAUDETTE GRIEB. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE TORONTO.

Au moment où le juge Hall a déposé son rapport s'esquissait déjà une tendance à déplacer les personnes atteintes de troubles mentaux des asiles aux hôpitaux, puis des hôpitaux à la collectivité. Les recommandations du juge Hall tenaient compte de cette tendance. En faisant allusion aux enfants souffrant de troubles mentaux, le juge Hall (1964 Volume I, 24) a recommandé que : « la majorité [d'entre eux] ne soit pas reléguée dans des institutions, mais qu'ils restent au foyer, dans la communauté ».

Au cours des décennies qui ont suivi, la déshospitalisation est devenue de plus en plus répandue. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2001, 8), dans les années 1960 et 1970, « les considérations budgétaires et de nouveaux médicaments, ainsi qu'une nouvelle vision de ‹ psychiatrie communautaire ›, menèrent à la déshospitalisation d'un grand nombre de patients atteints de graves maladies mentales ». L'objectif, à l'époque, consistait en un traitement à court terme en clinique ou en un court séjour dans un hôpital général, de sorte que la maladie mentale était « normalisée » et qu'on en faisait une maladie « comme n'importe quelle autre ».

Malgré ces premières recommandations et ces changements survenus au niveau de la société, les soins de santé mentale demeurent l'un des aspects les moins intégrés des soins de santé. Au milieu des années 1970, il est devenu clair que le processus de déshospitalisation ne donnait pas entière satisfaction. Comme l'Association canadienne pour la santé mentale (2001, 8) l'a décrit : « Pour de nombreux anciens résidents d'hôpitaux, le nouveau système leur donnait trois choix : se voir abandonnés, comme l'atteste le nombre croissant de personnes atteintes de troubles mentaux sans abri; être placés dans une institution où les conditions d'accueil sont aussi accablantes que celles que l'on retrouve dans les grands établissements psychiatriques; ou retourner dans leur famille alors que cette dernière se trouvait soudainement obligée de s'adapter à cet énorme fardeau de soins avec très peu d'appui. De plus, les craintes et les préjugés qui entourent la maladie mentale, en partie, longtemps responsables d'isolement dans des établissements institutionnels, aggravaient les problèmes au niveau communautaire. Ces attitudes créent encore plus d'obstacles à l'accès à la vie communautaire aux niveaux de l'emploi, de l'éducation et du logement ».

L'histoire récente montre que la tendance vers le traitement des personnes souffrant de maladies mentales dans leur propre collectivité plutôt que dans des établissements n'a pas été soutenue par des ressources suffisantes. De nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux ont obtenu leur congé sans disposer des ressources et des réseaux pour soutenir leur capacité de vivre à la maison. Dans bien des cas, pour être admissibles aux soins à domicile, une personne doit souffrir d'une incapacité physique ou avoir du mal à s'adonner aux activités de la vie quotidienne. Ces exigences empêchent de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux d'avoir accès aux soins à domicile dont elles ont besoin et au soutien afférent. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2001), l'une des principales leçons à tirer de cette expérience ratée, c'est qu'il faut mettre en place des services cliniques avant de supprimer des lits d'hôpitaux.

« Contrairement aux personnes ayant une déficience physique, les personnes atteintes de troubles mentaux ne peuvent accéder aux soins et au soutien à domicile. Les soins à domicile sont un élément clé pour la santé des personnes souffrant de troubles mentaux. »

DIVISION DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE ST. JOHN'S.

Dans le cas des maladies mentales, les soins à domicile ne constituent pas une solution de rechange à la déshospitalisation. Pour traiter efficacement les gens dans la collectivité plutôt que dans des établissements ou des hôpitaux, *il faut* prévoir des soins à domicile, particulièrement si l'on veut s'assurer que ces personnes continuent de prendre leurs médicaments comme il se doit et qu'elles n'aient pas à être réadmises de façon répétée.

Outre l'amélioration des soins et du soutien destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, la prestation de la prise en charge des cas et des interventions, si besoin est, constitue également une approche rentable. Cette approche permet d'éviter le placement en établissement de ces personnes et de réduire les coûts élevés associés à leur réadmission constante aux hôpitaux ou à d'autres établissements. Dans de nombreux cas, un patient recevant des soins à domicile peut connaître un bref épisode de comportement intraitable et il sera immédiatement placé en établissement. Dans le cas des soins à domicile, c'est en ciblant les personnes qui vivent habituellement bien dans la collectivité mais qui éprouvent parfois des problèmes qu'on arrivera à prévenir ou à réduire au minimum les hospitalisations récurrentes, et partant, à réaliser d'importantes économies pour le système (Hollander et Chappel 2002).

Il y aurait lieu de prévoir deux types de services de soins à domicile pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Dans le premier type, la prise en charge des cas, un gestionnaire de cas travaillerait directement avec la personne et avec d'autres dispensateurs de soins de santé et organismes communautaires pour surveiller la santé de la personne et s'assurer de la disponibilité des soutiens pertinents, ce qui garantirait tant la continuité que la coordination des soins. Le deuxième type, l'intervention à domicile, vise à aider et à appuyer les clients quand ils vivent un épisode aigu occasionnel de comportement perturbateur qui pose une menace pour eux-mêmes et pour les autres et qui pourrait se traduire par une hospitalisation inutile.

Au fur et à mesure que l'âge moyen de la population canadienne augmente, le nombre de personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer est susceptible d'augmenter. À l'heure actuelle, les personnes souffrant de ces maladies demeurent à la maison le plus longtemps possible, mais le fardeau des soins que doivent prodiguer leur famille est énorme. Grâce au

soutien accordé à la prise en charge des cas, les membres des familles et les particuliers disposeraient de l'aide requise pour comprendre l'évolution des besoins, offrir les soins nécessaires et faire des projets en prévision du moment où les particuliers ne pourront plus rester à la maison.

Soins à domicile en phase post-aiguë

Les changements survenus dans la prestation des soins de santé se sont traduits par une diminution de la durée des séjours à l'hôpital et par une augmentation du nombre de services offerts à domicile plutôt qu'à l'hôpital. Grâce aux progrès technologiques, aux nouveaux médicaments d'ordonnance (Cregan 1999) et aux politiques des hôpitaux (RNAO 1997), les séjours à l'hôpital sont plus courts qu'auparavant. Les nouvelles techniques chirurgicales, par ailleurs, font que les gens se rétablissent plus rapidement et sont plus en mesure de rentrer à la maison pour la convalescence. De plus, la recherche sur le vieillissement laisse supposer que l'état de santé amélioré des aînés a eu pour conséquence de réduire de deux tiers le nombre de jours d'hospitalisation depuis 1970 (Institut du vieillissement des IRSC 2002) (voir figures 8.4 et 8.5).

« Nous voulons un système national de soins à domicile. Nous avons des exemples qui démontrent que, partout au pays, les personnes âgées sont hospitalisées alors qu'on pourrait prendre soin d'eux à la maison à un coût moindre. Ce système devrait être financé par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. »

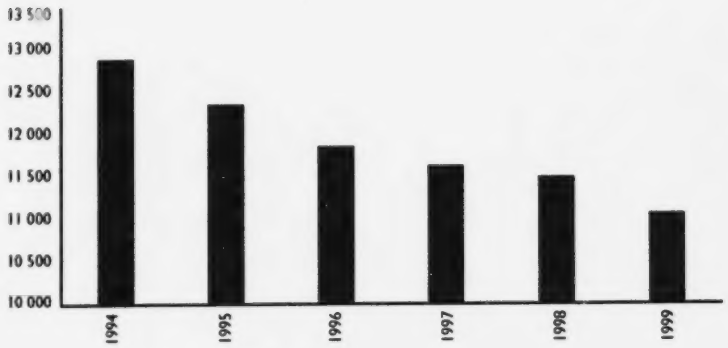
ASSEMBLEE DES AÎNEES ET AÎNES FRANCOPHONES DU CANADA. EXPOSÉ A L'AUDIENCE PUBLIQUE DE WINNIPEG.

S'il est vrai que, pour de nombreux patients, un congé rapide comporte de clairs avantages, il n'en est pas toujours ainsi. Certains patients qui obtiennent rapidement leur congé ne sont pas en mesure d'exercer les activités habituelles de la vie quotidienne, ont des besoins médicaux complexes nécessitant une attention professionnelle ou, encore, doivent composer avec de nombreuses exigences en ce qui concerne les médicaments. En pareils cas, le fait d'accorder un congé rapide sans prévoir des ressources adéquates ne fait que déplacer le fardeau des soins des hôpitaux aux patients et à leurs familles. Qui plus est, le fait d'accorder un congé aux patients — particulièrement lorsqu'ils sont âgés — sans évaluer comme il se doit leurs besoins de soins en période post-aiguë peut augmenter considérablement le risque de réadmission (Afilalo 2001).

Il y a tout lieu de croire que les soins à domicile ont pris la relève des soins hospitaliers. D'aucuns soutiennent que les hôpitaux ont réduit le nombre de jours d'hospitalisation en prenant pour acquis « que d'importantes économies pour le secteur public pouvaient être réalisées par le biais d'une réorientation des soins depuis les établissements vers la collectivité » [*Traduction*] (Coyte 2000, 7). Cette situation n'est pas unique au Canada. Selon une étude britannique, « La pression s'exerçant sur les lits d'hôpitaux, l'âge croissant de la population et les coûts élevés associés aux soins hospitaliers aigus ont alimenté la recherche de solutions de rechange aux soins hospitaliers » [*Traduction*] (Richards et al 1998, 1797). Les services de soins à domicile sont devenus un substitut moins coûteux pour de nombreux services qui, auparavant, étaient offerts dans les hôpitaux.

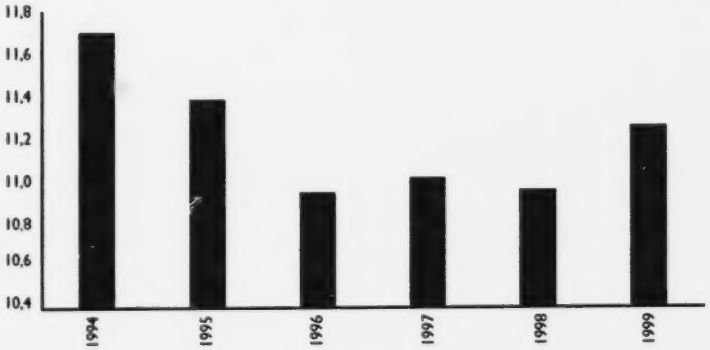
On s'attend à ce que les tendances actuelles vers les congés rapides de l'hôpital se maintiennent et à ce que les nouveaux progrès technologiques et les nouveaux médicaments

Figure 8.4
Admissions à l'hôpital et aux soins aigus, normalisées selon l'âge (nombre par 100 000 personnes), Canada, 1994 à 1999



Nota : Les chiffres du Canada représentent la moyenne des taux normalisés d'hospitalisation provinciaux.
Source : ICIS 2002c.

Figure 8.5
Admissions à l'hôpital et aux soins aigus : séjour moyen, 65 ans et plus, Canada, 1994 à 1999



Nota : Les chiffres du Canada reposent sur les données provinciales sur le séjour moyen.
Source : ICIS 2002c.

d'ordonnance permettent la prestation d'un plus grand nombre de services à domicile et ce, de façon plus sûre. Comme ces services de soins à domicile remplacent les services qui étaient auparavant offerts à l'hôpital, ils devraient être couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, même s'ils sont fournis à domicile. Les services de soins à domicile en phase post-aiguë constituent habituellement une solution de rechange rentable à la prestation de ces mêmes services à l'hôpital. Le fait de prévoir leur couverture en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* permettrait d'appuyer la tendance actuelle à accroître les soins à domicile et à faire en sorte que des soins à domicile en phase post-aiguë soient accessibles selon les mêmes conditions partout au pays.

La couverture des soins à domicile en phase post-aiguë doit comprendre la prise en charge des cas, les services des professionnels de la santé et la gestion des médicaments. Les soins à domicile en phase post-aiguë doivent être assurés pendant au plus 14 jours suivant le congé d'un établissement de soins aigus, ou pendant au plus 28 jours si la réadaptation s'impose pour une affection bien précise (Annexe G).

Soins palliatifs à domicile

Les soins palliatifs sont présentement offerts dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les hospices, de même que par le truchement des soins à domicile. Lorsqu'ils sont dispensés dans un hôpital, les soins palliatifs sont couverts de façon intégrale par l'État à titre de service médicalement nécessaire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* actuelle. Lorsqu'ils sont dispensés à domicile, seulement certains services de soins de santé et médicaments d'ordonnance sont couverts dans le cadre de chacun des régimes provinciaux, territoriaux ou régionaux.

Selon l'Association canadienne des soins palliatifs (2001), rares sont les provinces qui ont désigné les soins palliatifs en tant que service de soins à domicile de base doté d'un budget bien précis. L'Association fait remarquer que « les ressources requises pour assurer de bons soins dans la collectivité, soit chez le malade, soit dans un établissement résidentiel spécialisé, n'ont pas été libérées, même quand l'accès aux lits d'hôpitaux a été réduit ». [*Traduction*]

Il existe des écarts considérables dans l'accès aux soins palliatifs dans l'ensemble du pays. Ces services ont été mis sur pied de façon aléatoire et sont limités par les moyens financiers des collectivités et des organismes caritatifs. Par conséquent, de nombreux Canadiens n'ont pas accès aux soins palliatifs. Certaines estimations laissent supposer que seulement 5 % des Canadiens ont accès aux soins palliatifs. Ces services sont dispensés principalement aux personnes souffrant de cancer. Les Canadiens vivant en région éloignée ou rurale, ainsi que les personnes atteintes d'une incapacité n'ont qu'un accès très limité aux soins palliatifs (Association canadienne des soins palliatifs 2001).

Les écarts dans l'accès aux soins palliatifs ont été mis en relief par un sous-comité du Sénat présidé par la sénatrice Sharon Carstairs, ministre responsable des soins palliatifs, dans un rapport intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : Chaque Canadien et Canadienne y a droit* (Sénat 2000). Le rapport donne à penser que l'accès aux soins palliatifs est souvent « une question de chance » plutôt qu'un droit fondamental des Canadiens. Comme l'un des présentateurs provinciaux l'a suggéré, « Les soins à domicile [palliatifs] sont variables, fragmentés et financés par divers mécanismes. Il existe peu d'équipes de consultation pour offrir des soins à domicile ou de longue durée et un minimum de services dans les centres autonomes communautaires; il manque de bénévoles itinérants, de programmes de soins de jour et de services de répit pour les familles. Le système de prestation des services est trop rigide pour assurer des soins continus à domicile aux

« Mon expérience personnelle des soins de fin de vie remonte à 1997, alors que mon fils de 7 ans se mourait d'un cancer... Au cours de la phase terminale de sa maladie, Mathew recevait d'excellents soins multidisciplinaires... J'avais présumé que ce même niveau de soins était accessible aux gens de tout âge ayant besoin de soins de fin de vie à Terre-Neuve et au Labrador. Je sais maintenant que tel est loin d'être le cas... faites en sorte que les soins de fin de vie deviennent un service véritablement universel, accessible à toutes les personnes qui en ont besoin. »

HONNA JAMES-HODDER, EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE ST. JOHN'S.

« On avait diagnostiqué un cancer chez mon fils de trois ans. Lorsque j'ai dû prendre des décisions au sujet de son traitement, les soins palliatifs à domicile n'existaient pas et ils n'existent toujours pas. »

HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION OF PRINCE EDWARD ISLAND. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE CHARLOTTETOWN.

malades en phase terminale ». La sénatrice Carstairs et son sous-comité ont fait ressortir un certain nombre de préoccupations importantes reliées aux soins palliatifs. Les travaux en cours visant l'élaboration d'une stratégie nationale sur les soins de fin de vie fourniront certes une aide précieuse aux gouvernements au fur et à mesure qu'ils chercheront à aller au-delà du programme national recommandé dans le présent rapport.

Il est probable que les problèmes associés au manque d'accès aux soins palliatifs à domicile augmenteront au fur et à mesure que vieillira la population du Canada. Un sondage d'Angus Reid effectué en 1997 a permis de constater que près de 80 % des Canadiens préfèrent mourir à la maison (ACSSC 2001). Après avoir atteint un sommet de 80,5 % en 1994, le pourcentage des décès à l'hôpital a chuté à 75,3 % en 1997 en suivant une tendance à la baisse soutenue (Wilson et al. 2001). Nonobstant cette tendance, selon l'Association canadienne de soins et services communautaires, il est souvent « impossible de prévoir des soins palliatifs à domicile en raison de l'absence de services de soins palliatifs à domicile » [*Traduction*] et « seulement quelque 10 % des Canadiens ont accès à des services de soins palliatifs à domicile » [*Traduction*].

Cette augmentation de la demande n'est pourtant pas l'argument le plus probant. On ne peut ignorer que les personnes ont le droit de mourir dans la dignité, et que ce droit comprend le droit de mourir à la maison (Hospice Palliative Care Association of Prince Edward Island 2002). Comme l'ont rappelé à la Commission des représentants du Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador (2002), « les personnes âgées ne désirent pas finir leurs jours en établissement ». Elles préféreraient plutôt le faire dans le confort de leur foyer, entourées de visages familiers et dans un milieu réconfortant. Lorsqu'on veut aider les personnes à mourir dans la dignité, on doit notamment chercher à réduire le plus possible la douleur et à maintenir le plus haut niveau de fonctionnement (ACSSC 2001). Même si ces objectifs peuvent être atteints aussi bien à domicile que dans les établissements, la maison constitue souvent le meilleur endroit pour maintenir le plus haut niveau de fonctionnement possible.

Bon nombre de motifs permettent de justifier l'ajout des soins palliatifs à domicile aux services essentiels offerts aux Canadiens. Un de ces motifs, et non le moindre, est notre obligation sociale envers les gens au crépuscule de leur vie. Il s'agit d'une période chargée d'émotions et une société humaine doit veiller à ce que ces personnes reçoivent les soins et l'appui dont elles ont besoin pour passer le temps qu'il leur reste à la maison, si tel est leur choix. Et, comme on le signalait dans le rapport final de l'Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile (Hollander et Chappel 2002, xi), les soins palliatifs à domicile « devraient permettre de réduire les séjours dans les hôpitaux et de réaliser des économies » [*Traduction*].

Il faut imposer certaines restrictions concernant le délai d'exécution prévu pour les soins palliatifs. Compte tenu de l'affection particulière du patient, celui-ci peut vivre plus longtemps en dépit du fait qu'il souffre d'une maladie terminale et qu'il ne reçoit aucun autre traitement visant à guérir la maladie. Les personnes peuvent avoir pris des dispositions juridiques pour refuser toute mesure confinant à l'acharnement thérapeutique pour plusieurs années avant leur décès. C'est pourquoi l'admissibilité aux soins palliatifs à domicile doit se limiter aux personnes

à qui, selon les pronostics médicaux, il ne reste que six mois à vivre. Les personnes seraient admissibles aux soins palliatifs à domicile sous réserve d'un avis de leur médecin. Les types de soins palliatifs à domicile doivent comprendre le soulagement de la douleur et des symptômes, la prise en charge des cas, les services professionnels, la gestion des médicaments et le counseling, au gré des besoins. Les soins de répit doivent aussi être assurés, si cela s'impose.

AMÉLIORER LE SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS

RECOMMANDATION 35

Le Ministère du Développement des ressources humaines Canada, conjointement avec Santé Canada, devrait être chargé de développer un plan pour offrir un soutien direct aux aidants naturels afin de leur permettre de s'absenter du travail pour assurer des soins de maintien à domicile nécessaires aux moments critiques.

Reconnaître le rôle des aidants naturels

Il ne pourrait tout simplement pas y avoir de soins à domicile au Canada sans l'appui des réseaux sociaux et des aidants naturels. On entend par aidants naturels, les membres de la famille et les amis qui offrent un appui à titre non rémunéré (Hollander et Chappell 2002).

Le soutien à domicile fourni par les aidants naturels a fait l'objet de diverses estimations, lesquelles sont invariablement élevées. L'Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations (2002), par exemple, estime que 85 % à 90% des soins à domicile sont prodigués par la famille et les amis. De même, la Family Caregivers Association of Nova Scotia (2002) estime que 80 % des soins qu'exigent les aînés au Canada sont offerts par des aidants naturels. Les aidants naturels jouent un rôle d'une importance critique en ce qui concerne la prestation de soins permanents, le soutien et les services de défense des intérêts aux personnes souffrant d'une incapacité physique. L'Association canadienne de soins et services communautaires signale qu'il y a présentement trois millions d'aidants naturels au Canada, ceux-ci appartenant à tous les groupes d'âge, des adolescents jusqu'aux aînés (ACSSC 2001).

> *« Les soins à domicile et l'assurance-médicaments sont essentiels pour les mourants ...[et] il y aurait lieu de prévoir la sécurité économique et la sécurité d'emploi pour les aidants naturels. »*
>
> ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE D'OTTAWA.

Outre les aidants naturels, il y a une multitude de bénévoles qui prodiguent des soins aux personnes malades. Le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé (2002) a estimé que, uniquement en 1997, les heures de bénévolat officiel au Canada se chiffraient à 93 millions. Si on ajoute à cela les quelques deux milliards d'heures de soins dispensés par des aidants naturels, on obtient une valeur totale de services variant entre 20 et 30 milliards de dollars.

Les aidants naturels jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de soins à domicile et dans la santé et le soin de leurs familles et amis. De nombreux aidants naturels sont on ne peut plus heureux de fournir des soins et du soutien à leurs êtres chers; mais la réalité, c'est que la prestation des soins est en train de devenir un fardeau de plus en plus lourd pour certaines

personnes de notre société, particulièrement les femmes. Une étude récente laisse supposer que les aidants naturels devant composer avec le stress lié à la prestation de soins affichent des taux de mortalité de 63 % plus élevés que ceux d'autres catégories (Schultz et Beach 1999).

À maintes reprises, des gens ont fait part à la Commission du fardeau que constitue la prestation de soins pour les aidants naturels et des conséquences qui en découlent dans la vie de nombreux Canadiens. À l'audience publique tenue à Winnipeg, un représentant de l'Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada (2002) a dit à la Commission que sa mère s'était occupée de sa grand-mère pendant 24 ans et que sa sœur avait quitté un ordre religieux pour prendre soin de leur mère. Dans chaque cas, il s'agissait d'un travail dénué de toute rémunération. De nombreux présentateurs ont précisé que les membres de la famille ne devraient pas être contraints de prendre soin des malades (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec 2002; Laurentian University School of Nursing 2002) et se sont dits préoccupés par le fardeau particulier que les soins à domicile imposent aux femmes (Pauktuutit-Inuit Women's Association 2002; Prince Edward Island Nurses Union 2002). L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (2002) estime que des politiques sociales devraient être adoptées afin d'inciter les parents à garder leurs êtres chers à la maison, et aussi pour leur faciliter la tâche. À St. John's, on a rappelé à la Commission que la population vieillissante aura besoin de plus de soins de santé financés par l'État puisque les familles compteront de moins en moins de membres plus jeunes capables de prendre soin de ceux qui vieillissent (Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador 2002).

Pour reconnaître le rôle important des aidants naturels, il existe toute une gamme de formules de soutien, depuis la rémunération directe jusqu'aux allégements fiscaux, en passant par la protection des emplois, les congés pour aidants et les soins de relève. Selon la Commission, les aidants naturels devraient pouvoir s'absenter de leur travail pour prodiguer des soins nécessaires à domicile. Le régime d'assurance-emploi permettrait d'offrir ce soutien de la façon la plus directe qui soit. Les gens devraient pouvoir s'absenter de leur travail pour prodiguer des soins à domicile aux membres de leurs familles et à leurs proches à des moments critiques, tout en touchant, pour un temps déterminé, de l'assurance-emploi. Même si c'est le gouvernement fédéral qui doit établir les critères d'admissibilité précis, on devrait être en mesure d'adopter cette mesure dans le cadre des ressources dont dispose présentement le programme d'assurance-emploi.

PRENDRE LES PROCHAINES MESURES

L'élargissement de la couverture de la *Loi canadienne sur la santé* révisée aux services de soins à domicile décrits plus tôt dans ce chapitre constitue une première mesure critique. Mais pour tirer le plus grand profit des services de soins à domicile, ceux-ci doivent être pleinement intégrés à la gamme des soins assurés dans le cadre du système de santé. En effet, les soins à domicile ne devraient pas être considérés comme une catégorie de soins distincte, mais plutôt comme un élément clé du système de santé.

Pour intégrer les soins à domicile de façon plus complète à la gamme des soins assurés, les provinces et les territoires doivent s'attaquer de façon permanente à un certain nombre de questions.

Ressources humaines en santé adéquates et pertinentes

Au fur et à mesure que les services de soins à domicile continueront de prendre de l'ampleur, il y aura une demande accrue de fournisseurs de services de soins à domicile compétents. Les gestionnaires de cas joueront un rôle de plus en plus important dans la coordination des soins offerts par les équipes de dispensateurs de soins de santé et d'autres secteurs du système de santé, y compris les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les hospices. Dans le cas des soins à domicile en phase post-aiguë, par exemple, le gestionnaire de cas doit être une personne pouvant s'occuper du congé du patient, déterminer si les soins à domicile en phase post-aiguë conviennent au patient et décider des services devant être offerts et de leur durée. Pour ce qui est des soins palliatifs à domicile, le gestionnaire de cas, avec l'aide du médecin traitant, des membres de la famille et des autres agences, doit faire la coordination des services dispensés au patient. Dans le cas des services d'intervention à domicile pour les personnes atteintes de troubles mentaux, le gestionnaire de cas doit être un professionnel ayant une formation en santé mentale et pouvant rapidement évaluer les besoins pressants d'un client ou d'une famille en crise et faire appel à l'équipe d'intervention à domicile que nécessitent les circonstances.

Continuité et coordination des soins de santé

Des études laissent supposer qu'il est possible d'améliorer l'efficience si on prévoit des liens efficaces entre les soins à domicile et d'autres aspects du système de santé. Un rapport de 2001 sur le Fonds pour l'adaptation des soins de santé démontre que les services d'une infirmière chargée de la coordination des congés permettraient de combler les lacunes entre l'hôpital et les soins communautaires et de réduire considérablement les réadmissions à l'hôpital (Afilalo 2001).

Plusieurs rapports et études font ressortir l'importance d'une bonne planification des congés et de programmes de soins à domicile efficaces. Une étude sur les interventions à domicile destinées aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque globale fait état d'une réduction du nombre de réadmissions à l'hôpital et d'une amélioration du taux de survie (Stewart et Horowitz 2002). De même, une étude portant sur les patients âgés a permis de constater qu'un triage approprié des patients âgés dans les services d'urgence et des aiguillages pertinents avant leur congé permettraient une plus grande homogénéité dans la prestation des soins de santé. De plus, selon l'étude « une visite de soins à domicile résultant d'un aiguillage peut constituer tout ce qu'il faut pour le maintien de l'état de santé du patient. Pour améliorer la qualité et la continuité des soins aux patients, il y aurait lieu d'intégrer le dépistage relié aux soins à domicile aux activités courantes reliées au congé du service d'urgence » (Castro et al. 1998, 127) [*Traduction*]. L'auteur d'une autre étude recommande que tous les services d'urgence mettent un outil d'évaluation des cas à risque élevé à la disposition des infirmières cliniciennes et l'adaptent pour que celles-ci puissent déceler les patients susceptibles de bénéficier des services de la coordonnatrice des congés (Afilalo 2001). Hollander et Chappell (2002) ont également signalé que, grâce à des dispositions stables relatives aux soins à domicile (c'est-à-dire, les clients qui demeurent au même niveau pendant six mois ou plus), les coûts des soins sont d'environ 50 % moins élevés que ceux des soins en établissement. Cependant, lorsque le type de soins que requièrent les clients des soins à domicile change, les coûts ne sont que de 10 % à 30 % moins élevés que les coûts des soins en établissement et des soins prolongés.

La continuité des soins constitue aussi un élément d'importance critique pour les patients. Pour que les soins à domicile soient le plus efficace possible, il faut prévoir une communication permanente de manière à prévenir l'effet de la porte tournante où les patients passent continuellement d'un niveau et d'un type de soins à l'autre. Ce processus de porte tournante peut neutraliser les économies réalisées par le truchement des soins à domicile. Il a aussi des effets coûteux, particulièrement dans le cas des aînés qui souffrent souvent de troubles relativement mineurs qui pourraient aisément être traités à domicile à un coût moindre qu'à l'hôpital.

La nécessité d'intégrer les soins à domicile dans la gamme complète des soins est bien reconnue par les premiers ministres provinciaux et territoriaux. À leur rencontre de janvier 2002, les premiers ministres ont convenu d'une série d'initiatives visant à favoriser l'intégration des soins à domicile dans une panoplie de soins homogènes et à établir des pratiques communes dans l'ensemble du pays. Voici certains des objectifs dont ils ont convenu :

- examiner divers moyens permettant d'offrir un soutien et une aide à la famille et aux autres dispensateurs de soins qui prennent soin des personnes à domicile;
- trouver des approches susceptibles de faciliter une adoption plus globale des technologies, y compris les technologies de la télésanté devant être utilisées à domicile et dans un milieu communautaire;
- appuyer la collaboration entre dispensateurs de soins à domicile et de soins en milieu communautaire et fournisseurs de services d'hébergement afin de prévoir des logements comportant des services de soutien novateurs à prix abordables et d'autres conditions d'hébergement en établissement;
- examiner des approches qui permettront d'améliorer la continuité des soins pour les clients des soins à domicile en favorisant une coordination et des liens plus étroits entre dispensateurs de soins à domicile et autres dispensateurs de soins de santé (des secteurs des soins aigus, des soins de santé primaires et des soins de longue durée);
- collaborer en vue de déterminer des données communes aux provinces et aux territoires, ce qui permettrait de promouvoir la classification uniforme des clients des soins à domicile, d'établir des comparaisons entre les services et les résultats des soins à domicile et en milieu communautaire, de prévoir de meilleurs travaux de recherche et un meilleur processus décisionnel reposant sur des données probantes, ainsi que de meilleurs liens avec les autres milieux et niveaux de soins.

En ce qui concerne l'adoption de mesures concrètes pour améliorer l'intégration et la continuité des soins, plusieurs suggestions ont été faites pour améliorer l'infrastructure des soins à domicile par l'Association canadienne de soins et services à domicile (2001), l'Association canadienne de soins et services communautaires et l'Association canadienne de soins et services à domicile (2001), Hollander et Walker (1998), de même que dans les travaux préparatoires de la Conférence des premiers ministres de l'automne 2002. Les suggestions prévoient notamment:

- l'établissement d'un guichet unique pour l'accès aux soins à domicile et aux services résidentiels;
- la réalisation d'une évaluation coordonnée et du placement au niveau du système afin d'assurer la détermination appropriée des besoins d'un client et l'élaboration d'un plan de soins pour traiter ces besoins;

- l'établissement de liens officiels entre les médecins du secteur des soins de santé primaires, les hôpitaux de soins aigus, les options en matière de logement, les établissements de soins de longue durée et la fonction de gestion des cas dans le secteur des soins à domicile;
- l'établissement de systèmes d'information coordonnés pour appuyer ces liens;
- l'établissement d'un système uniforme de classification des clients qui permettrait d'établir des comparaisons entre les clients dans l'ensemble des composantes de la prestation des services, selon le niveau de soins;
- l'élaboration de politiques favorisant une prestation plus efficace des services grâce à une gestion des cas fondée sur une coordination permanente de tout le système - peu importe l'emplacement du service — et garantissant une stabilité aux clients, aux familles et aux fournisseurs de services;
- l'établissement de processus de planification qui incluent les organisations de soins à domicile et en milieu communautaire, et leurs représentants, comme participants actifs au niveau du système de santé et des réseaux locaux et régionaux d'autorités en matière de santé.

Intégration avec les soins de santé primaires

En raison de l'importance centrale des soins de santé primaires dans la prestation de soins complets, l'établissement de liens entre les équipes et les réseaux de soins de santé primaires et les soins à domicile est essentiel. Dans plusieurs provinces, des services de renseignements téléphoniques sont disponibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept, afin d'assurer un accès immédiat à de l'information et à des conseils sur la santé. Ces services doivent avoir des liens biens définis avec les services de soins à domicile. Les équipes et les réseaux de soins de santé primaires jouent aussi un rôle important dans l'identification des personnes ayant besoin de services de soins à domicile élargis pour maintenir leur état de santé. Les derniers progrès relatifs au dossier de santé électronique décrits au Chapitre 3 permettraient en outre d'établir un lien essentiel entre les soins à domicile et les soins de santé primaires. Les dispensateurs de soins pourraient également partager de l'information importante et assurer le suivi de leurs patients sur une base permanente.

Élargir le panier de soins à domicile

Les recommandations de la Commission permettraient d'élargir les soins à domicile dans trois secteurs prioritaires — la prise en charge des cas de santé mentale à domicile et les interventions s'y rattachant, les soins à domicile en phase post-aiguë et les soins palliatifs à domicile — et de procurer des avantages considérables aux aidants naturels. La plus grande composante des budgets provinciaux et territoriaux actuels au titre des soins à domicile vise à appuyer les soins à domicile destinés aux personnes souffrant de problèmes de santé chroniques ou d'une incapacité physique. Comme il a été mentionné plus tôt, même si le Transfert en matière de soins à domicile ne cible pas ces besoins de façon directe, l'introduction d'un soutien pour les aidants naturels devrait apporter des avantages considérables aux membres des familles qui prennent soin de personnes souffrant de maladies chroniques ou d'une incapacité physique. Le nouveau transfert devrait aussi permettre de libérer des sommes considérables dans les

budgets actuels au titre des soins à domicile. Les provinces et les territoires devraient pouvoir utiliser immédiatement ces ressources libérées pour élargir les services et répondre aux besoins pressants de soins à domicile des personnes atteintes d'affections chroniques ou d'une incapacité physique. À l'avenir, et au fur et à mesure que les ressources le permettent, des services de soins à domicile élargis axés sur les besoins des personnes souffrant de maladies chroniques et d'une incapacité physique pourraient être inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*. La Commission espère que ces mesures supplémentaires seront adoptées par tous les gouvernements dès que les ressources le permettent.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Donner aux soins à domicile le caractère d'un service assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* révisée serait un signe manifeste que le système de santé du Canada évolue afin de tenir compte de la nature changeante de la prestation des soins de santé au Canada.

De façon plus précise, suite à ces recommandations

- tous les Canadiens, d'un océan à l'autre, auront accès à la prise en charge des cas de santé mentale et aux interventions s'y rattachant, à des services de soins à domicile en phase post-aiguë et à des soins palliatifs à domicile, des éléments tous jugés essentiels;
- dans le cas, en particulier, de la santé mentale, des professionnels compétents seront en mesure d'intervenir en cas de problèmes de comportement temporaires ou d'autres problèmes et d'aider les personnes souffrant de problèmes de santé mentale à assumer leur maladie sur une base permanente;
- un soutien aux soins à domicile essentiel sera accessible aux personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer afin de les aider, eux et leur famille, à faire face à la situation et à choisir les solutions les plus opportunes en matière de soins;
- les personnes mourantes et qui préfèrent mourir à la maison, pourront obtenir les soins dont elles ont besoin pour mourir dans la dignité;
- les personnes qui obtiennent un congé rapide de l'hôpital recevront les traitements et le soutien nécessaires à domicile, y compris un soutien à la réadaptation;
- pour la première fois, le rôle des aidants naturels sera reconnu et appuyé et les personnes pourront s'absenter du travail pour prodiguer des soins à domicile à leurs êtres chers.

Il s'agit d'une étape vitale pour les Canadiens. Cela signifie que les soins à domicile seront de plus en plus intégrés au reste du système de santé du Canada. Et cela signifie que les Canadiens pourront maintenir leur état de santé, se rétablir, ou passer leurs derniers jours à la maison avec les soins et le soutien dont ils auront besoin.

LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Orientations proposées

- ***Poser les premiers jalons d'une meilleure intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé canadien.***
- ***Se servir du nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments pour contrebalancer le coût des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux et réduire les disparités en matière de protection dans l'ensemble du pays.***
- ***Établir une nouvelle Agence canadienne du médicament pour contrôler les coûts, évaluer les médicaments actuels et nouveaux et assurer la qualité, la sécurité et l'efficience de l'ensemble des médicaments d'ordonnance.***
- ***Établir une nouvelle liste nationale de médicaments d'ordonnance inscrits afin d'assurer la cohérence à l'échelle du pays, de garantir l'objectivité des évaluations des médicaments et de limiter les coûts.***
- ***Élaborer un nouveau programme de gestion des médicaments pour les maladies chroniques et pour certaines maladies potentiellement mortelles dans le cadre des soins de santé primaires.***
- ***Examiner certains aspects des lois canadiennes sur les brevets.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Lors de la mise en place du régime d'assurance-santé, les médicaments d'ordonnance jouaient un rôle limité dans le système de santé et dans la vie quotidienne de la grande majorité des Canadiens. Aujourd'hui, ils font partie de la vie de bon nombre d'entre eux. Les médicaments d'ordonnance soulagent de nombreux maux de la vie courante. De plus, ils protègent les enfants contre certaines maladies, guérissent des maladies autrefois mortelles et contribuent à gérer les affections chroniques de milliers de Canadiens. Les médicaments d'ordonnance ont également remplacé certaines interventions chirurgicales et ont contribué à la

réduction de la durée de la convalescence, permettant souvent aux patients de reprendre leurs forces à la maison plutôt qu'à l'hôpital. En fait, ils ont complètement révolutionné les soins de santé au Canada.

Il y a tout lieu de croire que nous n'avons vu que la pointe de l'iceberg pour ce qui est du potentiel des médicaments d'ordonnance. Nous pouvons nous attendre à ce que l'offre et la demande de médicaments continuent d'augmenter étant donné que de nouvelles technologies génétiques voient le jour et que le dépistage et la prévention d'un grand nombre de maladies génétiques sont désormais à notre portée (Miller et al. 2002). À mesure que nous en apprendrons davantage sur notre constitution génétique et sur les facteurs génétiques de certaines maladies, nous pourrons peut-être concevoir et prescrire des médicaments qui préviendront de nombreuses maladies congénitales.

Les avantages actuels et potentiels des médicaments d'ordonnance sont indéniables. Mais ils ne se concrétiseront pleinement que si les médicaments d'ordonnance sont intégrés au système de façon à ce qu'ils puissent être prescrits et consommés adéquatement et à ce que leurs coûts puissent être gérés.

Comme l'indiquent les différentes sections de ce chapitre, la hausse des coûts sème de plus en plus d'inquiétude chez les Canadiens et au sein des administrations responsables dans les provinces et les territoires. De plus, la couverture n'est pas la même dans l'ensemble du pays. L'évaluation et l'approbation des nouveaux médicaments d'ordonnance exigent beaucoup de temps et chaque province et territoire a sa propre façon de déterminer quels sont les médicaments d'ordonnance couverts par leurs régimes d'assurance. En dépit des efforts considérables des provinces et des territoires, les coûts augmentent et absorbent une part de plus en plus grande des budgets des soins de santé dans l'ensemble du pays. De plus, les médicaments d'ordonnance demeurent en marge du système de santé canadien alors qu'ils devraient être intégrés aux soins de santé primaires et à d'autres volets du système de santé.

Comme les médicaments d'ordonnance jouent un rôle de plus en plus grand dans le système de santé canadien, on peut soutenir avec conviction qu'ils sont tout aussi nécessaires sur le plan médical que les hôpitaux ou les services des médecins (FNS 1997a; 1997b). L'intégration immédiate de tous les médicaments d'ordonnance à une *Loi canadienne sur la santé* révisée aurait cependant des répercussions importantes, l'ampleur des coûts n'étant pas la moindre. Il faudrait donc viser à ce que les médicaments d'ordonnance soient davantage intégrés au continuum des soins et ce, de façon progressive mais délibérée. Avec le temps, ces propositions élèveront le seuil de couverture des médicaments d'ordonnance dans l'ensemble du Canada et permettront de poser les premiers jalons menant vers l'objectif visé, soit l'intégration des médicaments d'ordonnance à la *Loi canadienne sur la santé*.

Deux questions clés doivent être abordées. Premièrement, il faut améliorer l'accès et veiller à ce que les Canadiens ne soient pas privés, pour des raisons financières, des médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin. À l'heure actuelle, la couverture n'est pas la même dans l'ensemble du pays et ces disparités pourraient s'aggraver au fil de l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance. Deuxièmement, il faut améliorer la qualité, la sécurité et le rapport coût-efficacité des médicaments d'ordonnance.

Cinq mesures essentielles s'imposent pour donner réponse à ces questions :

- **Nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments** — Comme on l'a mentionné au chapitre 2, ce nouveau transfert fédéral de fonds aux provinces et aux territoires viserait à couvrir les coûts élevés des régimes d'assurance-médicaments et à protéger les résidents contre l'impact potentiellement « catastrophique » du coût élevé des médicaments. Cette mesure inciterait clairement les provinces et les territoires à élargir leur couverture et à réduire les disparités à l'échelle du pays.
- **Nouvelle Agence canadienne du médicament** — Un nouveau médicament d'ordonnance fait son entrée sur le marché au Canada tous les quatre ou cinq jours, et la cadence ne fera qu'augmenter. Les nouvelles recherches sur les tests et la biotechnologie génétiques ne manqueront pas de soulever une foule de questions complexes et difficiles. Le Canada doit instaurer un processus complet, simple et efficace pour y donner réponse et assurer la sécurité, la qualité et la rentabilité de tous les nouveaux médicaments avant leur approbation au Canada. Mais une autre question, tout aussi importante, se pose : il faudrait soumettre les médicaments à un examen continu, en surveiller la consommation et les résultats dans l'ensemble du pays et partager des données et des analyses de haute qualité et à jour avec les provinces et les territoires, les dispensateurs de soins, les chercheurs et les Canadiens pris individuellement. Une nouvelle Agence canadienne du médicament indépendante remplirait ces fonctions au nom de l'ensemble des gouvernements et des Canadiens.
- **Liste nationale de médicaments d'ordonnance** — Chaque province et territoire dispose actuellement de sa propre liste de médicaments d'ordonnance couverts par son régime d'assurance-médicaments. Une liste nationale, élaborée par l'Agence canadienne du médicament avec le concours des provinces et des territoires, assurerait une protection cohérente et des évaluations objectives tout en contribuant à limiter les coûts.
- **Nouveau programme de gestion des médicaments lié aux soins de santé primaires** — La réforme des soins de santé primaires occupe une place primordiale dans notre vision de l'avenir du système de santé canadien. Si la gestion des médicaments était liée aux soins de santé primaires, des équipes et des réseaux de dispensateurs de soins travaillant régulièrement avec des patients pourraient surveiller l'efficacité des médicaments d'ordonnance.
- **Examen des brevets** — Il faudrait examiner certains aspects des lois canadiennes sur les brevets afin d'améliorer l'accès aux médicaments génériques et de limiter les coûts.

Les provinces et les territoires sont tout à fait conscients des possibilités énormes et des coûts croissants liés aux médicaments d'ordonnance. Individuellement et collectivement, ils ont pris des mesures afin de tenter de gérer les coûts à l'intérieur de leur propre champ de compétence et d'évaluer l'efficacité de diverses solutions. Néanmoins, comme des questions de portée nationale et des coûts importants sont en jeu, il vaut nettement mieux unir nos efforts que de faire cavalier seul. Les cinq mesures clés proposées dans ce chapitre permettront aux provinces et aux territoires de travailler avec le gouvernement fédéral à améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance essentiels, à limiter les coûts, à assurer la sécurité et la qualité, à mettre en réseau l'information sur la consommation des médicaments, et à faire en sorte que nous, Canadiens, obtenions le meilleur rendement sur notre investissement en médicaments d'ordonnance — un investissement dont la taille augmente rapidement.

APERÇU DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE AU CANADA

« Les données probantes montrent clairement que l'argent consacré à l'achat de médicaments est de l'argent bien dépensé. Mais il y a aussi des preuves nombreuses démontrant qu'il se fait beaucoup de gaspillage et que la prescription et la consommation des médicaments sont inadéquates. »

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA, 2001, MÉMOIRE.

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle de plus en plus important dans le système de santé canadien. Les sections suivantes traitent de ce rôle, des disparités liées à l'accès et à la couverture dans l'ensemble du Canada et du coût croissant des médicaments d'ordonnance dans les budgets des soins de santé des provinces et des territoires.

Rôle croissant des médicaments d'ordonnance

Pour situer le rôle croissant des médicaments dans notre système de santé, examinons les données suivantes :

- 300 millions d'ordonnances sont exécutées au Canada chaque année, ce qui représente environ 10 ordonnances par homme, femme ou enfant.
- Une famille canadienne dépense en moyenne près de 1 210 $ par année au titre des médicaments d'ordonnance (voir tableau 9.1). C'est une somme énorme, mais il y a une faible proportion de Canadiens, en particulier des personnes atteintes de maladies chroniques et certaines personnes âgées, qui doivent dépenser beaucoup plus.

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle important dans deux secteurs clés :

- **Le traitement des maladies potentiellement mortelles, des maladies chroniques et des maladies courantes** — Les scientifiques et les sociétés pharmaceutiques conçoivent régulièrement de nouveaux médicaments d'ordonnance qui permettent de guérir certaines maladies mortelles ou d'en retarder l'évolution. Ces « médicaments miracles » sauvent des vies et fournissent des avantages importants aux Canadiens, mais ils peuvent être très coûteux. Leur prix pourrait baisser avec le temps, mais vu leur usage répandu, ils continueront d'entraîner des coûts globaux élevés et de faire grimper les budgets d'ensemble des médicaments.

Tableau 9.1
Utilisation des ordonnances, 2001

Taille moyenne de la famille	3,0
Ordonnances par personne	10,1
Ordonnances par famille	30,3
Prix moyen par ordonnance	39,92 $
Consommation par famille/année	1 209,58 $

Source : IMS HEALTH Canada et al. 2002.

Certains médicaments permettent de traiter des maladies chroniques comme l'asthme, l'hypertension artérielle, les troubles coronariens, le diabète et les maladies mentales. Les personnes qui souffrent de ces maladies doivent prendre régulièrement des médicaments d'ordonnance pendant de longues périodes, et parfois pour toute leur vie. Le coût de ces médicaments est généralement inférieur à celui des nouveaux médicaments miracles, mais comme un grand nombre de patients en font usage régulièrement, ils représentent une part importante des dépenses de santé. Le rôle des médicaments d'ordonnance dans le traitement des maladies chroniques augmentera parallèlement au vieillissement de notre société (Morgan et Hurley 2002b). De plus, des médicaments préventifs, nouveaux, coûteux (et controversés) et susceptibles de retarder le début de maladies débilitantes, font leur entrée sur le marché. L'interféron béta-1b en est un exemple dans le cas de la sclérose en plaques. Le coût de la consommation régulière de ce médicament a été estimé à 16 685 $ par personne par année (Brown et al. 2000) alors que son efficacité continue à susciter des débats.

Comme on pouvait s'y attendre, les médicaments d'ordonnance les plus utilisés correspondent aux maladies les plus répandues dans la population. Le Québec a découvert que plus de la moitié des médicaments d'ordonnance consommés en 2000 dans son territoire n'appartenaient qu'à six classes de médicaments (voir tableau 9.2) correspondant à certaines des

« Lorsque j'avais deux ans, l'espérance de vie [pour les personnes atteintes de fibrose kystique] était de six ans. Elle est maintenant de 32 ans. Ce n'est pas la maladie qui a changé, mais bien les traitements ... [Toutefois,] ceux-ci varient selon la province où l'on habite... nous avons besoin que la couverture des médicaments soit uniforme pour l'ensemble de la population canadienne. »

CHRIS MACLEOD. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE TORONTO

Tableau 9.2
Augmentation des dépenses pour six catégories de produits pharmaceutiques inscrits dans le programme d'assurance-médicaments du Québec, de 1997 à 2000

	Coût (en millions de $)				Croissance 1997 à 2000
Catégories	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**(%)**
Hypolylipémiants	105,7	131,0	158,4	189,6	79,3
Antihypertenseurs	111,9	135,2	161,7	193,5	73,0
Anti-inflammatoires (analgésiques)	60,0	61,3	71,4	119,0	98,3
Psychotropes	69,6	93,7	123,0	150,0	115,4
Médicaments gastro-intestinaux	89,6	108,1	129,7	150,6	68,0
Anti-infectieux	82,1	97,9	111,0	120,8	47,2
Total partiel	518,9	627,2	755,2	923,5	78,0
Coût total des médicaments	1 119,4	1 292,8	1 498,4	1 772,2	58,3
Proportion des dépenses affectée aux six catégories (%)	46,4	48,5	50,4	52,1	

Source: Québec. MSSS 2001.

APERÇU DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE AU CANADA

« Les données probantes montrent clairement que l'argent consacré à l'achat de médicaments est de l'argent bien dépensé. Mais il y a aussi des preuves nombreuses démontrant qu'il se fait beaucoup de gaspillage et que la prescription et la consommation des médicaments sont inadéquates. »

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA, 2001. MÉMOIRE.

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle de plus en plus important dans le système de santé canadien. Les sections suivantes traitent de ce rôle, des disparités liées à l'accès et à la couverture dans l'ensemble du Canada et du coût croissant des médicaments d'ordonnance dans les budgets des soins de santé des provinces et des territoires.

Rôle croissant des médicaments d'ordonnance

Pour situer le rôle croissant des médicaments dans notre système de santé, examinons les données suivantes :

- 300 millions d'ordonnances sont exécutées au Canada chaque année, ce qui représente environ 10 ordonnances par homme, femme ou enfant.
- Une famille canadienne dépense en moyenne près de 1 210 $ par année au titre des médicaments d'ordonnance (voir tableau 9.1). C'est une somme énorme, mais il y a une faible proportion de Canadiens, en particulier des personnes atteintes de maladies chroniques et certaines personnes âgées, qui doivent dépenser beaucoup plus.

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle important dans deux secteurs clés :

- **Le traitement des maladies potentiellement mortelles, des maladies chroniques et des maladies courantes** — Les scientifiques et les sociétés pharmaceutiques conçoivent régulièrement de nouveaux médicaments d'ordonnance qui permettent de guérir certaines maladies mortelles ou d'en retarder l'évolution. Ces « médicaments miracles » sauvent des vies et fournissent des avantages importants aux Canadiens, mais ils peuvent être très coûteux. Leur prix pourrait baisser avec le temps, mais vu leur usage répandu, ils continueront d'entraîner des coûts globaux élevés et de faire grimper les budgets d'ensemble des médicaments.

Tableau 9.1
Utilisation des ordonnances, 2001

Taille moyenne de la famille	3,0
Ordonnances par personne	10,1
Ordonnances par famille	30,3
Prix moyen par ordonnance	39,92 $
Consommation par famille/année	1 209,58 $

Source : IMS HEALTH Canada et al. 2002.

Certains médicaments permettent de traiter des maladies chroniques comme l'asthme, l'hypertension artérielle, les troubles coronariens, le diabète et les maladies mentales. Les personnes qui souffrent de ces maladies doivent prendre régulièrement des médicaments d'ordonnance pendant de longues périodes, et parfois pour toute leur vie. Le coût de ces médicaments est généralement inférieur à celui des nouveaux médicaments miracles, mais comme un grand nombre de patients en font usage régulièrement, ils représentent une part importante des dépenses de santé. Le rôle des médicaments d'ordonnance dans le traitement des maladies chroniques augmentera parallèlement au vieillissement de notre société (Morgan et Hurley 2002b). De plus, des médicaments préventifs, nouveaux, coûteux (et controversés) et susceptibles de retarder le début de maladies débilitantes, font leur entrée sur le marché. L'interféron bêta-1b en est un exemple dans le cas de la sclérose en plaques. Le coût de la consommation régulière de ce médicament a été estimé à 16 685 $ par personne par année (Brown et al. 2000) alors que son efficacité continue à susciter des débats.

Comme on pouvait s'y attendre, les médicaments d'ordonnance les plus utilisés correspondent aux maladies les plus répandues dans la population. Le Québec a découvert que plus de la moitié des médicaments d'ordonnance consommés en 2000 dans son territoire n'appartenaient qu'à six classes de médicaments (voir tableau 9.2) correspondant à certaines des

« Lorsque j'avais deux ans, l'espérance de vie [pour les personnes atteintes de fibrose kystique] était de six ans. Elle est maintenant de 32 ans. Ce n'est pas la maladie qui a changé, mais bien les traitements ... [Toutefois,] ceux-ci varient selon la province où l'on habite... nous avons besoin que la couverture des médicaments soit uniforme pour l'ensemble de la population canadienne. »

CHRIS MACLEOD. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE TORONTO

Tableau 9.2
Augmentation des dépenses pour six catégories de produits pharmaceutiques inscrits dans le programme d'assurance-médicaments du Québec, de 1997 à 2000

	Coût (en millions de $)				Croissance 1997 à 2000
Catégories	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**(%)**
Hypolylipémiants	105,7	131,0	158,4	189,6	79,3
Antihypertenseurs	111,9	135,2	161,7	193,5	73,0
Anti-inflammatoires (analgésiques)	60,0	61,3	71,4	119,0	98,3
Psychotropes	69,6	93,7	123,0	150,0	115,4
Médicaments gastro-intestinaux	89,6	108,1	129,7	150,6	68,0
Anti-infectieux	82,1	97,9	111,0	120,8	47,2
Total partiel	518,9	627,2	755,2	923,5	78,0
Coût total des médicaments	1 119,4	1 292,8	1 498,4	1 772,2	58,3
Proportion des dépenses affectée aux six catégories (%)	46,4	48,5	50,4	52,1	

Source: Québec. MSSS 2001.

maladies les plus répandues au sein de la population — maladies cardiovasculaires, ulcères gastriques et duodénaux, maladies mentales et arthrite (Montmarquette 2001).

- **Le remplacement d'autres interventions médicales** — Les médicaments d'ordonnance sont de plus en plus utilisés en remplacement d'autres traitements et interventions médicales, y compris les chirurgies. Ainsi, les interventions chirurgicales liées à des ulcères ont pratiquement disparu depuis 15 ans en raison de l'avènement de nouveaux médicaments pour le traitement des ulcères gastroduodénaux (SC 2001g). Certains médicaments permettent aux patients de quitter l'hôpital plus rapidement et de retourner chez eux. Le coût des séjours à l'hôpital en est diminué, mais celui des médicaments et des soins à domicile s'en trouve augmenté. Malheureusement, nous n'avons tout simplement pas de données qui nous permettraient de chiffrer ces coûts « de substitution » et d'évaluer avec exactitude l'impact de la baisse des coûts liés aux soins hospitaliers par rapport à celui de l'augmentation des coûts liés aux médicaments d'ordonnance.

  L'un des changements les plus importants est survenu dans le domaine de la santé mentale. Bon nombre de personnes atteintes de maladies mentales non traitables étaient hospitalisées à répétition ou même indéfiniment avant l'avènement des psychotropes dans les années 1960. De nos jours, ces maladies mentales peuvent souvent être contrôlées par des médicaments d'ordonnance, ce qui permet à une proportion appréciable d'individus de mener une vie pleine et satisfaisante sans hospitalisations récurrentes, surtout s'ils bénéficient d'un soutien adéquat dans leur foyer et leur collectivité.

L'accroissement du rôle des médicaments d'ordonnance dans le système de santé soulève certaines préoccupations :

- Le coût des médicaments d'ordonnance est en hausse. Des données récentes des États-Unis indiquent que le prix moyen d'un nouveau médicament spécialisé est deux fois et demie plus élevé que celui d'un médicament semblable plus ancien (NIHCM Foundation 2002).
- Alors que certains nouveaux médicaments permettent de faire un véritable pas en avant, certains ne sont pas beaucoup plus efficaces que les anciens médicaments moins coûteux dans l'amélioration des taux de survie, de la qualité de vie ou de la sécurité des patients (Garattini et Bertele 2002).
- Les médicaments actuels sont souvent destinés à de nouveaux usages, ce qui en augmente le coût et la consommation. Selon une étude menée aux États-Unis, la découverte de nouveaux usages à des médicaments actuels, accompagnée d'une modification minime de leurs ingrédients, a entraîné une hausse de 75 % de leur prix (NIHCM Foundation 2002).
- Les médicaments d'ordonnance ne sont pas toujours utilisés de façon adéquate. L'Association des pharmaciens du Canada a mentionné, dans un mémoire présenté à la Commission : « Il existe un générateur de coûts dont on parle rarement, et c'est le coût non quantifiable de la consommation de médicaments à mauvais escient … Nous savons combien d'argent nous dépensons … mais nous ne savons pas combien nous en

gaspillons » [*Traduction*] (Association des pharmaciens du Canada 2002, 1). Les pharmaciens estiment que la sous-consommation, la consommation à mauvais escient et la surconsommation de médicaments pourraient entraîner des coûts variant entre 2 et 9 milliards de dollars par année.

- Les erreurs liées à la prescription et à l'administration de médicaments ont augmenté parallèlement à l'intensification des pharmacothérapies en usage à l'hôpital et à la maison. Aux États-Unis, elles se classent au sixième rang parmi les principales causes de décès (Lazarou et al. 1998). On a estimé que des erreurs qui auraient pu être évitées grâce à de meilleurs systèmes d'information et à une meilleure intégration des médicaments d'ordonnance aux autres volets du système de santé coûtent environ 10,9 milliards de dollars par année (Kidney et MacKinnon 2001).

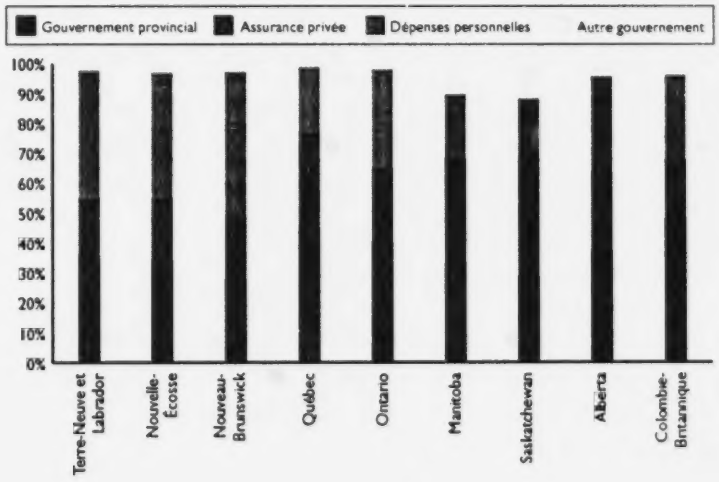
Accès aux médicaments et couverture des médicaments

Disparités entre provinces et territoires

La couverture des médicaments varie largement dans l'ensemble du Canada (Grégoire et al. 2001). L'accès des citoyens aux médicaments d'ordonnance dépend de leur revenu, du genre d'emploi qu'ils exercent et de leur lieu de résidence.

Les régimes provinciaux varient énormément en ce qui concerne les personnes couvertes, les médicaments visés ainsi que la participation aux coûts ou les franchises requises (voir figure 9.1). Certains couvrent un éventail plus large de médicaments d'ordonnance pour un segment particulier de la population (p. ex. les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale), tandis que d'autres fournissent un éventail de médicaments plus restreint à un plus grand nombre de personnes et limitent l'utilisation du régime en imposant une participation aux coûts et une

Figure 9.1
Couverture des dépenses de médicaments d'ordonnance selon la source de financement, 1999



Nota : Données non disponibles pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.
Source : ICIS 2002a; Canada. Sénat 2002a.

franchise élevées. La région de l'Atlantique couvre beaucoup moins de médicaments d'ordonnance que le reste du Canada. Par ailleurs, les provinces plus industrialisées ont, en général, des programmes plus généreux d'assurance-médicaments offerts par l'employeur alors que les provinces plus petites et moins industrialisées ont moins de régimes d'assurance privés couvrant les dépenses non remboursées par le régime public.

Il n'est pas étonnant de constater, étant donné la variabilité des régimes provinciaux, que la transférabilité interprovinciale des prestations des régimes d'assurance-médicaments est extrêmement limitée. Les personnes qui passent d'une province à l'autre perdent généralement leur protection à l'égard des médicaments et ne la retrouvent que trois mois après dans leur nouvelle province (Applied Management et al. 2000b). Dans les faits, la non-transférabilité des régimes d'assurance-médicaments peut faire obstacle à la mobilité dans l'ensemble du pays.

Protection privée et publique

Les médicaments d'ordonnance font l'objet d'une couverture à la fois privée et publique au Canada. La plupart des coûts des médicaments sont remboursés par des régimes collectifs d'assurance privés offerts par l'employeur. Les régimes provinciaux et territoriaux absorbent le coût des médicaments d'ordonnance de leurs résidents, en particulier les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées. Le gouvernement fédéral assume les coûts des médicaments non couverts par les régimes provinciaux et territoriaux dans le cas des membres inscrits des Premières nations et des Inuits admissibles par l'entremise du programme des Services de santé non assurés (SSNA). Il assume aussi le coût des médicaments d'ordonnance pour les membres des Forces armées et les anciens combattants admissibles (Applied Management et al. 2000a). Cette combinaison de régimes privés et publics détermine l'accès aux médicaments d'ordonnance, les conditions d'accès et la quote-part assumée par les citoyens.

Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS 2002a) indiquent que, en 1999 :

- les régimes d'assurance privés ont assumé environ 34 % (3,4 milliards de dollars) des coûts des médicaments d'ordonnance;
- les Canadiens ont assumé eux-mêmes 22 % (2,3 milliards de dollars) des coûts des médicaments d'ordonnance;
- les régimes d'assurance publics ont assumé environ 44 % (4,4 milliards de dollars) des coûts des médicaments d'ordonnance;
- la proportion relative des dépenses privées (56 %) et des dépenses publiques (44 %) a peu changé depuis 1985.

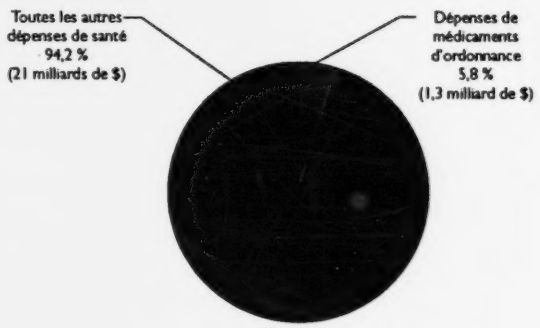
La combinaison de protection publique et privée fait en sorte que seule une faible minorité de Canadiens n'a pas accès à un régime d'assurance-médicaments. Il existe cependant, à l'échelle du pays, des disparités importantes sur le plan de la protection qui risquent fort de s'accentuer en raison de la hausse des coûts des médicaments d'ordonnance que doivent affronter les provinces et les territoires.

Coût des médicaments d'ordonnance

En 1980, les dépenses en médicaments d'ordonnance au Canada se sont élevées à 1,3 milliard de dollars, soit environ 5,8 % des dépenses totales de soins de santé du pays (voir figure 9.2). En 2001, le pourcentage a doublé (12 %), et les dépenses totales de médicaments d'ordonnance ont fait un bond vertigineux, passant à 12,3 milliards de dollars (voir figure 9.3).

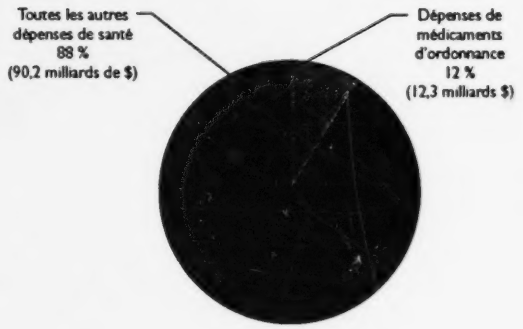
Il y a tout lieu de croire que la consommation des médicaments d'ordonnance augmentera à l'avenir et que les coûts poursuivront leur ascension. Compte tenu de cette réalité, les provinces et les territoires auront beaucoup de mal à jongler avec la gestion des coûts, d'une part, et l'accès raisonnable aux médicaments médicalement nécessaires, d'autre part. Leurs choix sont limités. Ils peuvent restreindre l'éventail des médicaments couverts, hausser la franchise et la participation aux coûts, réduire les dépenses dans d'autres secteurs du budget des soins de santé

Figure 9.2
Dépenses de médicaments d'ordonnance en proportion des dépenses totales de santé, 1980



Source : ICIS 2002a; 2001e.

Figure 9.3
Dépenses de médicaments d'ordonnance en proportion des dépenses totales de santé, 2001



Source : ICIS 2002a; 2001e.

ou trouver d'autres moyens de rassembler les sommes nécessaires pour absorber la hausse des coûts des médicaments. Les deux premières solutions — restreindre la protection ou augmenter la franchise — auraient des effets néfastes sur une minorité importante de Canadiens qui s'en remettent aux régimes d'assurance publics (Applied Management et al. 2000b).

Les provinces et les territoires ont plutôt avantage à conjuguer leurs efforts pour régler ces problèmes, ce qui leur permettra :

- de veiller à ce que l'ensemble des Canadiens aient un accès équitable aux médicaments d'ordonnance médicalement nécessaires quels que soient leur lieu de vie ou leur situation personnelle;
- d'assurer la qualité et l'innocuité des médicaments actuels et nouveaux;
- de gérer et de limiter les coûts.

CRÉATION D'UN NOUVEAU TRANSFERT LIÉ À L'IMPACT CATASTROPHIQUE DU COÛT DES MÉDICAMENTS

RECOMMANDATION 36 :

Il faudrait utiliser le nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments pour réduire les disparités dans la couverture à l'échelle du pays en assumant une partie de la hausse rapide des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux.

« ...la pharmacothérapie doit améliorer clairement la qualité de vie du patient, être accessible, être utilisée de façon rentable et ne causer aucun tort. »

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA, 2001. MÉMOIRE.

Les Canadiens qui doivent prendre de grandes quantités de médicaments d'ordonnance portent un lourd fardeau financier simplement à cause d'une maladie grave découverte à la naissance ou contractée à un certain moment de leur vie. Certaines provinces ont des programmes d'aide qui permettent d'absorber les coûts des médicaments d'une personne ou d'une famille au-delà d'une franchise élevée. D'autres provinces n'offrent pas d'aide de ce genre. Selon ce que nous savons de l'échelle de valeurs des Canadiens, l'accès aux médicaments d'ordonnance indispensables ne devrait pas être en fonction de l'endroit où ils vivent.

Le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments permettrait au gouvernement fédéral d'offrir un financement ciblé destiné à couvrir une partie des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux. Le nouveau transfert fonctionnerait ainsi :

- Le gouvernement fédéral rembourserait 50 % des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux au-delà d'un seuil de 1 500 $ par personne par année (c'est-à-dire le point où les dépenses de médicaments d'une personne seraient considérées comme « catastrophiques »). Ce seuil correspond en gros à la franchise fixée dans bon nombre de régimes d'assurance-médicaments provinciaux et aurait un impact minimal sur les régimes actuels.

- Les provinces et les territoires seraient tenus d'élargir l'accès aux médicaments d'ordonnance à l'intérieur de leurs régimes d'assurance-médicaments, grâce aux fonds issus du transfert, en réduisant la franchise ou la participation aux coûts ou encore en étendant la protection à des personnes actuellement exclues de leurs régimes.
- Le transfert fédéral lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments serait assujetti à des conditions et à des exigences de communication des données fixées consenties conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Désireuse d'estimer les coûts que pourrait entraîner le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments, la Commission a demandé au Centre manitobain des politiques en matière de santé (CMPS 2002) de lui fournir une analyse détaillée des coûts des médicaments pour le Manitoba au cours des dernières années. La Commission s'est ensuite servie de la base de données du Manitoba, considérée dans bien des milieux comme la plus complète en son genre au Canada, pour estimer le coût potentiel du transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments à l'échelle nationale.

La première étape essentielle consistait à fixer un seuil adéquat pour le transfert. Le seuil devait être assez bas pour entraîner une véritable modification en ce qui concerne la couverture des médicaments d'ordonnance et leur intégration au système de santé. Par contre, il ne devait pas être trop bas sinon les coûts qui incomberaient au gouvernement fédéral seraient trop élevés. Comme on l'a mentionné plus haut, un seuil de 1 500 $ a été fixé en tenant compte de ces facteurs.

Les données du Manitoba indiquent ce qui suit pour 2000-2001, en fonction d'un seuil de 1 500 $:

- Les coûts des médicaments ont dépassé 1 500 $ par année chez 39 878 Manitobains.
- Ces personnes ont fait exécuter 2 049 855 ordonnances dont le coût moyen s'élevait à 54,53 $.
- Le coût moyen des ordonnances des Manitobains s'élevait à 35,08 $ cette année-là, ce qui révèle que les personnes qui avaient besoin de beaucoup de médicaments avaient également besoin de médicaments plus coûteux que la moyenne.
- Ces personnes ont représenté une dépense d'environ 112 millions de dollars ou 44 % du coût total (256 millions de dollars) du régime public d'assurance-médicaments du Manitoba (CMPS 2002).

En tenant compte d'un certain nombre de facteurs et d'hypothèses, on a utilisé les données du Manitoba pour estimer les coûts dans le reste du pays. La liste des médicaments inscrits du Manitoba est assez généreuse par rapport à celle d'autres provinces et territoires. On a inclu dans les calculs la taille du marché des médicaments d'ordonnance au Manitoba par rapport à la situation du reste du pays. On a supposé que, dans le cas des habitants des autres régions du pays qui doivent assumer des dépenses élevées de médicaments, le coût moyen d'une ordonnance est également plus élevé que celui des personnes dont les dépenses de médicaments sont relativement faibles. Et enfin, on a inclu une marge d'erreur de 15 % pour tenir compte des différents schémas de consommation de médicaments, d'accès et de données démographiques.

D'après ces hypothèses, le coût du transfert varierait entre 749,1 millions de dollars et 1,01 milliard de dollars. Par souci de prudence financière, la Commission a décidé de retenir le plus élevé des deux chiffres. Dans l'exemple du Manitoba, la province a consacré environ

52 millions de dollars des coûts totaux mentionnés plus haut pour assurer une protection à ses citoyens, moins le seuil de 1 500 $. Le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments aurait couvert 50 % de ces coûts et aurait permis de remettre au Manitoba une somme supplémentaire de 26 millions de dollars destinée à accroître l'accès aux médicaments d'ordonnance.

Le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments présenterait d'autres avantages, outre celui d'inciter les gouvernements provinciaux et territoriaux à élargir l'accès aux médicaments d'ordonnance. Il poserait un premier jalon important vers l'intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé canadien parce qu'il permettrait de recueillir des données importantes sur la consommation des médicaments à l'échelle nationale. Il réduirait en outre les disparités dans l'ensemble du pays et ferait en sorte que tous soient protégés contre le coût élevé des médicaments d'ordonnance, quel que soit leur lieu de vie, ce qui, aux yeux des Canadiens, est peut-être l'aspect le plus important.

CRÉATION D'UNE AGENCE CANADIENNE DU MÉDICAMENT

RECOMMANDATION 37 :

Il faudrait créer une nouvelle Agence canadienne du médicament pour évaluer et approuver de nouveaux médicaments d'ordonnance, assurer l'évaluation continue des médicaments actuels, négocier et limiter les prix des médicaments et fournir des renseignements complets, objectifs et exacts aux professionnels de la santé et à la population.

Déceler les problèmes posés par l'approche actuelle

Le système qui permet actuellement d'approuver les nouveaux médicaments en usage au Canada et de déterminer les médicaments d'ordonnance couverts par les provinces et les territoires est lourd, complexe et long. Les ministres de la Santé de l'ensemble du pays ont reconnu qu'il y avait là un problème et ils ont convenu, à leur rencontre de septembre 2002, d'établir un processus unique et commun d'examen des médicaments en vue de simplifier l'évaluation des médicaments et les décisions relatives à l'inscription des médicaments dans les régimes d'assurance provinciaux. De plus, les provinces et les territoires s'inquiètent tous de leur incapacité à limiter la hausse des coûts ou à influencer les prix des médicaments d'ordonnance.

Les problèmes liés aux processus d'examen des coûts des médicaments d'ordonnance et de vérification de leur qualité et de leur sécurité sont énoncés dans les sections qui suivent.

Examen du coût des médicaments

C'est essentiellement le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), créé par le gouvernement fédéral en 1987, qui examine les prix des médicaments d'ordonnance. Au moment de la création du Conseil, les prix des médicaments brevetés au Canada se classaient au deuxième rang, tout juste derrière ceux des États-Unis, et on craignait qu'ils n'augmentent encore davantage en raison des nouvelles lois sur la protection des brevets, qui assurent la protection des médicaments de marque déposée pendant une période de 20 ans. Depuis 1987, les

prix des médicaments brevetés au Canada ont baissé par rapport aux prix médians d'autres pays et sont maintenant inférieurs à ceux des États-Unis (où les prix sont plus élevés que dans tout autre pays de l'OCDE), de la Suisse, du Royaume-Uni et de l'Allemagne, mais supérieurs à ceux de la France, de l'Italie et de la Suède (CEPMB 2002). Le gouvernement fédéral ne réglemente pas les prix des médicaments génériques au Canada, et ils dépassent largement les prix médians en vigueur à l'heure actuelle à l'étranger (Critchley 2002).

« Il faudrait adopter une stratégie nationale afin de gérer les attentes de la population et pour déterminer ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas — et on devrait bannir la publicité.... Il faudrait davantage étudier la question de la prescription abusive de produits pharmaceutiques. »

COMITÉ PERMANENT DES PROGRAMMES SOCIAUX. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE YELLOWKNIFE

Préoccupés par la hausse des coûts des médicaments d'ordonnance, les provinces et les territoires ont cherché à la limiter en adoptant, individuellement et collectivement, toute une panoplie de mesures comprenant aussi bien l'approbation attentive de l'ensemble des nouveaux médicaments couverts dans chacune des provinces (création d'une « liste des médicaments approuvés ») que le programme des médicaments de référence en Colombie-Britannique. Certaines provinces appliquent des politiques autorisant ou obligeant les pharmaciens à substituer un médicament générique équivalent sur le plan thérapeutique à un produit de marque déposée plus cher lorsqu'ils exécutent des ordonnances. Certaines ont conclu des ententes de partage des risques avec les entreprises pharmaceutiques afin de restreindre les dépenses totales liées à un nouveau médicament, et une province a fait appel au gel des prix en vue de limiter les coûts.

Les mesures prises individuellement par les provinces et les territoires n'ont connu qu'un demi-succès. Il est clair que l'action isolée d'un gouvernement, dans son segment respectif du système de santé, qu'il s'agisse de celui d'une province, d'un territoire ou du gouvernement fédéral, ne saurait permettre d'espérer contrôler les coûts des médicaments. Les enjeux ont une portée nationale et les problèmes sont semblables dans tous les coins du pays. La meilleure solution consiste de toute évidence à adopter une approche nationale permettant aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral de partager leur expertise, de rationaliser les processus et de mettre en commun les mesures prises pour contrôler les prix des médicaments. La création d'une Agence canadienne du médicament fournirait aux provinces et aux territoires un outil optimal pour élaborer ensemble des stratégies nationales visant à limiter les coûts des médicaments.

Évaluation de l'efficacité des nouveaux médicaments

C'est Santé Canada qui décide actuellement si les nouveaux médicaments peuvent être utilisés en toute sécurité au Canada. Le processus d'approbation a vu le jour il y a 40 ans dans la foulée de la tragédie de la thalidomide. Au cours des années 1990, plusieurs études ont souligné des lacunes dans l'approbation des produits pharmaceutiques avant leur mise en marché (Krever 1997; Gagnon 1992; Hlynka 1991). Leurs auteurs ont recommandé des mesures en vue d'améliorer les méthodes et les règles entourant l'approbation des médicaments d'ordonnance. Ainsi, le rapport Gagnon a recommandé la création d'un organisme indépendant d'évaluation des médicaments lié à un réseau de centres d'excellence dans les universités de l'ensemble du pays. En 1992, un groupe nommé par les sous-ministres fédéral et provinciaux de la Santé a également recommandé la création d'un organisme national, indépendant de Santé Canada et

« Il est important d'accélérer le système d'approbation des médicaments. Il devrait y avoir des évaluations post-approbation, car les médicaments peuvent avoir des effets secondaires à long terme. »

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE MONTRÉAL.

d'autres organismes gouvernementaux, qui serait chargé d'évaluer les nouvelles technologies et les médicaments d'ordonnance déjà sur le marché et de rassembler des données semblables provenant d'autres pays (Groupe de travail fédéral-provincial 1992). Les ministres provinciaux et territoriaux en sont venus à une conclusion similaire à leur rencontre de janvier 2002. Divers experts ont, de leur côté, continué à réclamer que Santé Canada crée un organisme indépendant chargé d'évaluer et d'approuver les médicaments d'ordonnance (Rawson 2002).

Pourquoi le système canadien d'évaluation pharmaceutique doit-il être réformé?

- **Le processus actuel est en vigueur depuis de nombreuses années et a résisté à de nombreuses tentatives de modernisation** — Depuis sa mise en place, le système canadien a eu pour objectif premier d'assurer l'innocuité des médicaments avant que leur usage ne soit approuvé au Canada. Il vise à évaluer les risques et les avantages des nouveaux médicaments d'ordonnance, d'après des essais cliniques et des directives de fabrication, avant qu'ils ne soient mis sur le marché. Cette approche est valable en soi, mais elle ne tient pas compte du fait que les problèmes n'apparaissent parfois qu'après que des milliers ou même des millions d'ordonnances aient été exécutées. Le processus ne permet pas non plus de comparer l'efficacité des nouveaux médicaments d'ordonnance par rapport à ceux qui sont déjà sur le marché ou à d'autres approches thérapeutiques possibles. Pourtant, ces éléments d'information seraient extrêmement précieux pour les décideurs et les professionnels de la santé qui doivent déterminer quels sont les médicaments d'ordonnance à inclure dans les régimes d'assurance ou les médicaments ou les traitements les plus efficaces.
- **Malgré les grands efforts déployés par Santé Canada, le processus d'approbation des médicaments subit d'importants délais** — Le Canada a l'un des processus d'approbation des médicaments les plus longs parmi les pays de l'OCDE. En 1995, le délai médian d'approbation des médicaments était de 650 jours au Canada, comparativement à 562 jours en Australie, à 464 jours aux États-Unis, à 444 jours en Suède et à 439 jours au Royaume-Uni. Le délai d'approbation canadien est tombé à 490 jours en 1997, mais il est remonté à 650 jours en 2000 (Rawson 2000). On attribue souvent ce plus long délai au fait que Santé Canada manque de ressources pour effectuer le travail délicat et spécialisé qui est nécessaire pour éliminer quasi complètement le risque d'erreur.

  Il importe de noter que ce long processus d'examen ne prive pas les Canadiens de l'accès à des médicaments d'importance vitale. Santé Canada a instauré un processus qui permet d'accélérer l'approbation des médicaments visant à traiter des maladies ou des affections sérieuses, potentiellement mortelles ou gravement débilitantes. Au 1er novembre 2002, l'objectif fixé pour l'examen de ces médicaments est de 215 jours (SC 2002b). Santé Canada a également instauré un processus permettant de donner à des patients atteints de maladies potentiellement mortelles un accès spécial à des médicaments et à des traitements non approuvés ou expérimentaux lorsque d'autres traitements conventionnels ont échoué ou qu'aucun médicament comparable n'a été approuvé au Canada (SC 2002c).

Le nombre croissant de nouvelles découvertes dans le domaine des médicaments d'ordonnance ne pourra qu'intensifier les pressions sur le processus actuel. Qui plus est, la génomique et la biotechnologie apportent de plus en plus d'innovations à l'avant-scène. Chacune de ces innovations devra non seulement être évaluée sur le plan clinique, mais aussi faire l'objet d'un débat éthique et politique serré quant au bon usage des techniques de reproduction, des tests génétiques et du clonage.

- **Le rôle des entreprises pharmaceutiques dans le processus d'évaluation doit être étudié** — Les entreprises pharmaceutiques affirment que le processus de réglementation du gouvernement fédéral est engorgé. Elles soutiennent que le processus actuel freine l'innovation et retarde à la fois l'introduction de nouveaux médicaments brevetés et l'introduction éventuelle de médicaments génériques. Leur frustration se trouve renforcée du fait qu'elles assument actuellement 82 % des frais du processus d'évaluation des médicaments destinés au marché canadien. Comme elles acquittent la majorité des frais, elles réclament naturellement un processus plus rapide. Certaines entreprises ont proposé l'établissement d'un lien plus direct entre le paiement des évaluations et le rendement du système d'évaluation. Malheureusement, cette façon de procéder ne manquerait pas de placer l'organisme évaluateur en situation de « conflit d'intérêts » puisque ses budgets dépendraient de sa capacité d'approuver les médicaments dans des délais qui siéraient aux entreprises pharmaceutiques. Les récentes controverses au sujet de la relation entre la Food and Drug Administration et l'industrie pharmaceutique des États-Unis montrent que même un système muni de garanties solides peut parfois être perçu comme trop proche de l'industrie pharmaceutique (Moynihan 2002).

Rôles, responsabilités et financement de l'Agence canadienne du médicament

La nouvelle Agence canadienne du médicament proposée pourrait s'attaquer à tous ces problèmes, et elle aurait le mandat de le faire. Elle aurait le statut d'un organisme fédéral doté de pouvoirs de réglementation fédéraux, elle serait indépendante de Santé Canada et elle relèverait directement du Parlement. Elle devrait s'appuyer sur l'expertise existante au gouvernement fédéral et dans les provinces ainsi que dans les centres d'excellence universitaires, comme le Centre pour l'innovation en politique pharmaceutique dont il a été question au chapitre 3.

L'Agence canadienne du médicament devrait avoir le mandat suivant :

- négocier, analyser et surveiller les prix des médicaments de marque déposée et des médicaments génériques fixés par les fabricants et donner de l'information sur l'établissement des prix des médicaments au Canada et à l'étranger;
- examiner avec l'efficience en tête les résultats de la recherche clinique, approuver de nouveaux médicaments et vaccins au Canada et collaborer avec des organismes semblables dans d'autres pays industrialisés;
- faire de la pharmacosurveillance et évaluer les résultats;
- procéder à des évaluations pharmaco-économiques des médicaments déjà sur le marché;
- mettre en place un système de veille stratégique pour les médicaments coûteux, incluant les produits issus des nouvelles technologies génétiques;

- établir et gérer une liste nationale des médicaments inscrits afin que les décisions sur l'inclusion ou l'exclusion de certains médicaments reposent sur les données cliniques, pharmacologiques et économiques les plus solides;
- rassembler et diffuser de l'information sur les pratiques de prescription et la consommation de médicaments d'ordonnance au Canada en vue d'améliorer le processus global d'évaluation clinique et économique;
- surveiller et examiner en permanence les pratiques de l'industrie en ce qui concerne les dispositions législatives sur la protection des brevets;
- diffuser des connaissances et de l'information objectives et sûres aux professionnels de la santé et à la population;
- élaborer les lignes directrices et acheter des vaccins dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale d'immunisation (présentée au chapitre 5).

« Nous constatons avec inquiétude que certaines entreprises pharmaceutiques affectent une plus grande part de leur budget à la commercialisation qu'à la recherche et au développement. Ceci nous questionne : obtenons-nous les médicaments qui nous conviennent vraiment le mieux ou simplement ceux qui ont la meilleure campagne de publicité? »

EDMONTON HIGHLANDS HEALTH CARE ACTION GROUP, 2002. MÉMOIRE.

L'un des rôles essentiels de l'Agence canadienne du médicament consisterait à négocier et à surveiller les prix des médicaments. L'Agence serait chargée de mener des négociations avec les entreprises pharmaceutiques et de conclure des ententes de prix et de volumes en vue de limiter les prix des médicaments d'ordonnance. Elle aurait la responsabilité d'examiner les prix tant des médicaments de marque déposée que des médicaments génériques, des vaccins et de certains médicaments en vente libre. Comme le marché international des médicaments est en transformation, l'Agence canadienne du médicament devra trouver de nouvelles méthodes pour évaluer les prix des médicaments et communiquer ses résultats aux gouvernements et aux Canadiens. Les données sur les prix des médicaments et leur lien potentiel avec la protection des brevets permettront de guider le Canada dans les efforts qu'il déploie sur la scène internationale pour exercer un contrôle sur les prix des produits pharmaceutiques.

L'Agence canadienne du médicament aurait un autre rôle important à jouer, soit de communiquer de l'information fondée sur des données probantes aux professionnels de la santé et aux patients au moyen de divers médias, dont l'Internet. Cette proposition a un lien direct avec les recommandations présentées dans le chapitre 3 concernant l'introduction de dossiers de santé électroniques et la création d'une source globale de données électroniques sur la santé. Il est certain que la population souhaite être mieux informée sur les médicaments et leur efficacité. Plutôt que de laisser ce soin aux entreprises pharmaceutiques, il vaudrait mieux charger l'Agence canadienne du médicament de fournir des renseignements fiables et objectifs sur le sujet. Cette approche est supérieure à celle qui est utilisée aux États-Unis et qui consiste à s'adresser directement aux consommateurs par le biais de la publicité. Il a d'ailleurs été démontré que ce type de publicité, très répandu dans ce pays, influe sur la nature des médicaments demandés par les patients. Des études montrent que près de 3 milliards de dollars par année ont été dépensés aux États-Unis en publicité sur les médicaments destinée aux consommateurs américains depuis que les restrictions sur la publicité s'adressant directement aux consommateurs ont été assouplies, en

1997 (Morgan et Hurley 2002a). Le gouvernement fédéral devrait continuer à interdire la publicité sur les médicaments d'ordonnance s'adressant directement aux consommateurs au Canada. La diffusion de l'information serait mieux assurée par l'Agence canadienne du médicament, qui agirait dans l'intérêt de la population canadienne.

Les fonctions de la nouvelle Agence devraient englober celles du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés en matière de contrôle des prix; elles devraient cependant s'appliquer non seulement au prix des médicaments brevetés, mais aussi à celui des médicaments d'ordonnance génériques afin que les consommateurs paient un juste prix pour *tous* les médicaments d'ordonnance. Les fonctions de l'organisme devraient aussi inclure toutes les fonctions d'analyse, d'évaluation, d'approbation et de pharmacosurveillance applicables aux médicaments d'ordonnance actuellement exercées par Santé Canada. Au lieu de créer une nouvelle bureaucratie très lourde, l'Agence devrait s'appuyer sur un réseau d'experts et de centres d'excellence dans l'ensemble du pays. Cette approche a donné des résultats impressionnants en Australie, où des comités d'experts ont supervisé le processus d'approbation, l'inscription de nouveaux médicaments sur la liste nationale et les évaluations cliniques et économiques postcommercialisation (Birkett et al. 2001).

En ce qui concerne le financement, les budgets actuels des organismes fédéraux intégrés à l'Agence devraient suffire à assurer la viabilité de l'organisme grâce aux économies d'échelle réalisées. L'Agence recevrait toujours des fonds de l'industrie pharmaceutique pour l'approbation des médicaments, mais la Commission est convaincue que cette contribution ne devrait pas être directement liée au paiement d'un service particulier. Il faut, en effet, ériger un mur « coupe-feu » entre la contribution financière de l'industrie et le travail de l'Agence. Il faudrait assujettir les contributions de l'industrie pharmaceutique à des lignes directrices très rigoureuses afin d'assurer l'indépendance de l'Agence à l'égard de l'industrie qu'elle réglemente.

Avantages d'une Agence canadienne du médicament

Une Agence canadienne du médicament offrirait certains avantages importants :

- Toutes les décisions relatives à l'ajout de médicaments d'ordonnance aux régimes d'assurance publics seraient assujetties aux mêmes principes, à savoir : veiller à ce que les médicaments d'ordonnance présentent des avantages réels, à ce qu'ils soient sûrs, à ce qu'ils soient bien utilisés et à ce que le choix d'un médicament par rapport à un autre repose sur des avantages cliniques et économiques mesurables. L'Agence veillerait en outre à ce que les professionnels de la santé et les patients disposent de données objectives et compréhensibles pour faire de meilleurs choix en matière de traitements et de médicaments.
- Le processus d'évaluation et d'approbation des médicaments serait simplifié. Cet aspect revêt une importance particulière, car les nouvelles découvertes font augmenter la demande d'évaluations. Une Agence canadienne du médicament pourrait également collaborer avec d'autres organismes semblables dans les pays industrialisés en vue de simplifier le processus d'évaluation et de partager de l'information sur l'évaluation des médicaments actuels et nouveaux.
- L'évaluation des médicaments actuels et nouveaux porterait sur un certain nombre de facteurs en plus de la sécurité sur le plan clinique. Il faut tenir compte des aspects

cliniques du médicament, notamment ses effets physiologiques, le confort qu'il procure aux patients, ses effets secondaires et ses interactions potentielles avec d'autres médicaments. Mais les aspects économiques doivent aussi être pris en considération, en particulier le coût relatif du médicament par rapport à celui d'autres médicaments, et même d'autres approches thérapeutiques.

- Il serait possible de limiter le coût et la consommation de médicaments d'ordonnance en évaluant systématiquement les médicaments d'ordonnance actuels et nouveaux et en diffusant largement cette information dans le système de santé. Les enseignements tirés de l'utilisation de certains médicaments en situation réelle peuvent également être réintégrés au processus d'approbation, d'évaluation et de diffusion et guider l'élaboration de lignes directrices relatives aux médicaments d'ordonnance. En dernière analyse, l'approbation des médicaments et leur couverture par le système de santé devraient reposer uniquement sur leur efficacité ou leur efficience et non sur leur nouveauté ou sur la taille des investissements qu'ont dû faire les entreprises pharmaceutiques pour les mettre au point.
- Le rassemblement des fonctions d'approbation, d'évaluation et de diffusion en une seule Agence canadienne du médicament permettrait une bien meilleure utilisation des ressources humaines et financières. Les ressources serviraient non seulement à examiner et à approuver de nouveaux médicaments, mais aussi à évaluer des médicaments qui sont déjà sur le marché et à diffuser l'information plus largement que par le passé.
- Le processus permettrait à la fois d'accélérer l'examen et l'approbation de nouveaux médicaments d'ordonnance et de simplifier l'introduction de médicaments génériques.
- Une Agence canadienne du médicament permettrait aux gouvernements d'intervenir davantage auprès des entreprises pharmaceutiques pour tenter de freiner la hausse vertigineuse des coûts des médicaments. Par rapport à d'autres pays, le Canada n'a jamais joué un rôle majeur dans le commerce international des produits pharmaceutiques et sa capacité de limiter les prix des médicaments d'ordonnance est très restreinte. L'absence d'un mécanisme national régissant l'approbation ou la consommation des médicaments dans l'ensemble du Canada ne fait qu'aggraver la situation. La création d'une Agence canadienne du médicament rassemblerait les forces des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral et permettrait au Canada d'influencer davantage les politiques des grandes entreprises pharmaceutiques. Comme on le mentionne au chapitre 11 sur la mondialisation, le Canada devrait unir ses efforts à ceux d'autres pays pour limiter la hausse des coûts à l'échelle internationale.

« Il doit y avoir un moyen pour [les provinces]... d'acheter collectivement des médicaments — à travers un achat national. »

ASSOCIATION DES SYNDICALISTES RETRAITÉS DU CANADA. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE D'OTTAWA.

Par le passé, on laissait aux médecins le soin d'évaluer l'efficacité d'un médicament. Ainsi, de nombreux parents canadiens ont reçu, pour leurs enfants, des ordonnances d'antibiotiques pour le traitement d'infections courantes de l'oreille. Pour décider de la meilleure avenue à prendre, leur médecin devait tenir compte de l'âge de l'enfant, du nombre de récurrences de l'infection, des avantages de certaines posologies ou de certains médicaments par rapport à d'autres et aussi, dans des cas plus graves, du bien-fondé d'une intervention chirurgicale. Le médecin pouvait opter pour des analgésiques ou des antibiotiques, selon l'état de l'enfant. Mais

il aurait pu aussi avoir à tenir compte de la capacité de payer des parents et du fait que le médicament soit couvert ou non par un régime d'assurance provincial ou un régime d'employeur.

Il était peut-être bon de laisser ces évaluations complexes entre les mains des médecins par le passé, mais ce n'est ni indiqué ni réaliste de le faire de nos jours compte tenu du nombre de nouveaux médicaments qui sont actuellement sur le marché et de ceux qui y feront leur entrée ultérieurement. Examinons ces faits :

- Selon les bases de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada, il y avait, en 1999, presque 22 000 produits pharmaceutiques pour la santé humaine disponibles sur le marché canadien. Approximativement 5 200 de ces produits pharmaceutiques sont des médicaments d'ordonnance, sans compter les produits pharmaceutiques biologiques et les médicaments considérés comme des substances contrôlées (CEPMB 2001). En 2001, 82 nouveaux médicaments brevetés ont été lancés, soit une moyenne d'un nouveau produit tous les 4,5 jours (CEPMB 2002). Il s'agit d'une augmentation majeure par rapport à 1996, où seulement 21 nouveaux produits avaient fait leur apparition, soit une moyenne d'un produit tous les 17 jours (CEPMB 1998).
- Certains effets secondaires des nouveaux médicaments sont si rares ou ne surviennent qu'en combinaison avec d'autres médicaments et ne peuvent pas être décelés au cours des essais cliniques; ils ne peuvent donc être observés qu'une fois que les médicaments ont été largement prescrits dans l'ensemble de la population.
- La consommation et le nombre croissants de médicaments d'ordonnance multiplient les risques d'interactions médicamenteuses dangereuses.

Et ce qui l'emporte sur tous les arguments qui précèdent, c'est que les patients veulent de plus en plus jouer un rôle actif dans les décisions relatives à leur traitement. Il est difficile pour les médecins d'être l'unique ou la principale source d'information sur les médicaments d'ordonnance. Les médecins ont aussi un contact individuel avec leurs patients, et ils ne songent pas nécessairement à leur prescrire un médicament moins cher mais tout aussi efficace, sauf si des lignes directrices fiables les incitent à le faire.

Il importe donc de veiller à ce que les médecins, les patients, les assureurs et les gouvernements aient accès à une information compréhensible et complète sur les répercussions économiques du choix de certains médicaments et des pratiques de prescription. L'information fournie par l'Agence canadienne du médicament aurait donc les effets suivants :

- Les cliniciens prendraient des décisions dans l'intérêt de leurs patients (prescrire le médicament le plus approprié compte tenu des connaissances disponibles et des antécédents médicaux du patient).
- Les patients participeraient aux décisions en connaissance de cause ou comprendraient à tout le moins les avantages et les risques associés au médicament prescrit.
- Les pharmaciens seraient en mesure de comprendre le pourquoi de l'ordonnance et de conseiller les patients en conséquence.
- Les administrateurs de régimes d'assurance ou les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments publics seraient convaincus qu'on choisit le meilleur médicament parmi un éventail de médicaments équivalents.

ÉTABLISSEMENT D'UNE LISTE NATIONALE

RECOMMANDATION 38 :

L'Agence canadienne du médicament devrait créer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une liste nationale des médicaments d'ordonnance inscrits en se fondant sur un processus transparent et responsable d'évaluation et d'établissement des priorités.

À l'heure actuelle, chaque province et territoire possède une « liste » de médicaments approuvés, soit une liste des médicaments couverts dans le cadre de son régime d'assurance-médicaments. Les assureurs privés des provinces ou des territoires fondent souvent leur protection sur la liste des médicaments approuvés propre à chaque secteur de compétence. Des entreprises pharmaceutiques et divers groupes d'intérêts réclament des gouvernements provinciaux et territoriaux qu'ils inscrivent certains médicaments sur leur liste respective en raison de l'impact de ces décisions.

Cette approche entraîne des différences dans la couverture des médicaments d'ordonnance dans l'ensemble du pays, mais elle est aussi à l'origine de deux autres problèmes importants. Premièrement, les provinces et les territoires sont soumis à un lobbying intense de l'industrie pharmaceutique et d'autres groupes d'intérêts pour que « leur médicament » soit inscrit sur la liste. Certains médicaments peuvent donc y figurer pour des raisons qui n'ont rien à voir avec leur efficacité. Les décisions prises dans une province peuvent aussi avoir un effet d'entraînement et accroître la pression exercée sur d'autres provinces pour qu'elles aillent dans le même sens. Deuxièmement, l'approche restreint la capacité de chacun des gouvernements à négocier des rabais sur les prix et le volume parce qu'aucune province n'a une part de marché suffisante pour influencer les prix.

Une liste nationale de médicaments approuvés présenterait les caractéristiques suivantes :

- Elle reposerait sur un processus transparent et responsable d'évaluation et d'établissement des priorités incluant des évaluations pharmaco-économiques rigoureuses.
- Elle donnerait à l'Agence canadienne du médicament plus de pouvoir pour négocier les prix avec les entreprises pharmaceutiques au nom des provinces et des territoires.
- Elle permettrait de dresser une liste nationale de médicaments d'ordonnance inscrits au Canada afin d'atténuer les disparités dans l'ensemble du pays et les pressions exercées sur les provinces et les territoires pour obtenir la couverture de nouveaux médicaments d'ordonnance.

L'établissement et la tenue d'une liste nationale de médicaments inscrits devraient être au nombre des responsabilités clés de la nouvelle Agence canadienne du médicament proposée. L'Agence serait chargée de l'évaluation continue des médicaments et de la négociation d'une liste nationale avec les provinces et les territoires.

INTÉGRATION DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE AU SYSTÈME DE SANTÉ

RECOMMANDATION 39 :

Il faudrait établir un nouveau programme de gestion des médicaments pour venir en aide aux Canadiens atteints de maladies chroniques et de certaines maladies potentiellement mortelles. Il faudrait intégrer le programme aux démarches de soins de santé primaires partout au pays.

RECOMMANDATION 40 :

Il faudrait que l'Agence canadienne du médicament élabore des normes nationales pour la collecte et la diffusion de données sur les médicaments d'ordonnance afin d'en connaître l'utilisation et les résultats que l'on obtient.

Gestion des médicaments et soins de santé primaires

Une fois la liste nationale instaurée, la prochaine étape importante consisterait à relier la gestion des médicaments aux soins de santé primaires. Il faudrait concevoir des lignes directrices pour passer progressivement à un programme de gestion des médicaments plus complet d'ici cinq ans.

Un programme de gestion des médicaments a pour objet d'établir un lien clair entre la consommation de médicaments d'ordonnance et les soins de santé primaires. Comme on l'a mentionné précédemment, les soins de santé primaires sont une composante essentielle de notre vision du système de santé canadien. Une « approche de gestion de la santé » où la santé des citoyens est suivie par une équipe ou un réseau de dispensateurs de soins collaborant avec les citoyens eux-mêmes, est le meilleur moyen de réaliser l'intégration des médicaments d'ordonnance aux soins de santé primaires. Les personnes atteintes d'affections chroniques comme le diabète, par exemple, auraient accès à un éventail de dispensateurs de soins, notamment des médecins, des infirmières, des diététistes, des pharmaciens et des conseillers, qui travailleraient ensemble et les aideraient à prendre leur santé en charge. La consommation efficace de médicaments d'ordonnance et d'autres médicaments s'inscrirait dans cette prise en charge.

Il s'ensuit également que les pharmaciens peuvent jouer un rôle de plus en plus grand au sein de l'équipe des soins de santé primaires en vérifiant si les patients prennent bien leurs médicaments et en indiquant aux médecins et aux patients si certains médicaments conviennent à certaines affections. Ce rôle accru permettrait aux pharmaciens de s'entretenir avec les médecins et les patients, de surveiller la consommation de médicaments des patients et de donner une meilleure information sur les médicaments d'ordonnance. Les pharmaciens qui ne font pas de vente au détail de médicaments d'ordonnance pourraient être appelés à prescrire ultérieurement certains médicaments dans des contextes particuliers et limités.

> *« Les professionnels de la santé et les pharmaciens doivent promouvoir une consommation appropriée des médicaments. »*
>
> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES. EXPOSÉ À L'AUDIENCE PUBLIQUE DE QUÉBEC.

On constate que, dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments actuels, les coûts ont une incidence directe sur le respect des ordonnances. Ainsi, il arrive que des patients cessent de prendre des médicaments essentiels et facultatifs lorsqu'ils doivent assumer une part des coûts par le biais d'une franchise élevée ou d'une clause de coassurance (Adams et al. 2001; Tamblyn et al. 2001; Soumerai et al. 1993). Ce sont les personnes à faible revenu qui sont affectées au premier chef par ces dépenses personnelles (Kozyrskyj et al. 2001). Si des patients refusent de prendre les médicaments dont ils ont besoin en raison des coûts, ils ne sont pas seuls à en subir les conséquences; leur famille, leur collectivité et la santé générale de la population en souffrent aussi. Ce refus peut également entraîner une hausse des coûts à long terme. Le fait de ne pas prendre ses médicaments ou de ne pas continuer à les prendre peut avoir des conséquences néfastes graves, notamment des hospitalisations à répétition, dans le cas de certaines affections, par exemple des maladies mentales ou des affections chroniques. Un programme de gestion des médicaments permettrait de relier les patients à une équipe de soins de santé primaires et de réduire le risque d'une consommation inadéquate ou incomplète de médicaments d'ordonnance.

Le programme de gestion des médicaments proposé devrait reposer sur des normes et des protocoles rigoureux. Il devrait, dans un premier temps, s'appliquer à des affections chroniques telles l'arthrite, le diabète, les maladies mentales et des maladies potentiellement mortelles comme les maladies cardiovasculaires et le cancer. Il faudrait aussi songer à étendre la protection aux personnes âgées, car si elles renoncent à prendre leurs médicaments à cause des coûts, leur santé peut s'en ressentir lourdement. Avec le temps, on pourrait élargir le programme de gestion des médicaments de façon à y inclure les thérapies médicamenteuses qui précèdent et suivent une intervention chirurgicale dans le cadre d'une approche plus globale des soins de santé primaires.

Comment ce type de programme de gestion des médicaments fonctionnerait-il?

- Le gouvernement fédéral élargirait le transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments afin d'y inclure le programme de gestion des médicaments.
- Le transfert élargi permettrait de rembourser aux provinces et aux territoires le coût des médicaments consommés dans le cadre d'un programme de gestion des médicaments d'ordonnance à condition que les médicaments figurent sur une liste nationale et que leur efficacité dans le traitement d'une maladie ou d'une affection particulière ait été établie.
- On élaborerait des protocoles de prise en charge des maladies qui orienteraient les décisions sur les ordonnances remises aux patients.
- On introduirait des incitations financières afin d'assurer l'accès aux médicaments d'ordonnance essentiels et la sélection de produits rentables tout en laissant une certaine latitude aux prescripteurs et aux patients.

Collecte et partage d'information

Une autre étape importante consiste à relier l'information sur les médicaments d'ordonnance aux soins de santé primaires et à la recherche actuelle sur la santé. Il faudrait élaborer des normes nationales pour la collecte de données sur la consommation de médicaments et les résultats obtenus, dans le respect de la vie privée. Les données devraient pouvoir être reliées aux bases de données sur la recherche en santé et être mises à contribution pour la recherche sur les politiques, en particulier pour la recherche portant sur les médicaments déjà sur le marché. Il faudrait aussi prendre des mesures pour que l'information puisse être intégrée aux dossiers de santé électroniques et aux outils de prescription électroniques. Comme on l'a indiqué au chapitre 3, les

dossiers de santé électroniques constituent un outil important de repérage de l'information sur la santé et permettent aux professionnels de la santé et aux Canadiens pris individuellement de disposer de données complètes et exactes. Dans les programmes de gestion des médicaments d'ordonnance, ces dossiers revêtent une importance particulière puisqu'ils permettraient aux membres d'une équipe de soins de santé primaires de suivre et d'évaluer l'efficacité et les résultats des médicaments d'ordonnance pour chacun des patients.

Il est essentiel de rassembler des données comparables et complètes, et ce pour plusieurs raisons. Ces données constitueraient une base d'information utile pour les évaluations nationales de la sécurité des médicaments d'ordonnance actuels et nouveaux. Elles fourniraient de l'information aux autorités de la santé, aux provinces et aux territoires pour les aider à déterminer la meilleure gamme de médicaments à couvrir. Elles permettraient aux professionnels de la santé et aux patients pris individuellement d'avoir accès aux meilleurs renseignements possibles sur certains médicaments et elles aideraient à choisir les médicaments qui répondent le mieux aux besoins des patients.

EXAMEN DE CERTAINS ASPECTS DE LA PROTECTION DES BREVETS

RECOMMANDATION 41:

Le gouvernement fédéral devrait examiner sans délai les pratiques de l'industrie pharmaceutique en ce qui concerne la protection des brevets, et en particulier la perpétuation des brevets (« evergreening ») et la réglementation sur les avis de conformité. Il devrait chercher à déterminer s'il y a un bon équilibre entre, d'une part, la protection de la propriété intellectuelle et, d'autre part, la nécessité de limiter les coûts et de donner aux Canadiens un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance non brevetés.

À l'instar d'autres biens manufacturés, les nouveaux médicaments d'ordonnance sont protégés par des brevets. Les lois actuelles sur les brevets garantissent aux nouveaux médicaments d'ordonnance l'accès exclusif au marché canadien pendant 20 ans. Cette vaste protection suscite énormément de débats même si elle est devenue la norme internationale. D'un côté, elle protège la propriété intellectuelle des entreprises pharmaceutiques et contribue à contrebalancer les coûts d'investissement considérables qu'elles doivent assumer pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments. De l'autre, elle retarde l'introduction de médicaments génériques moins onéreux.

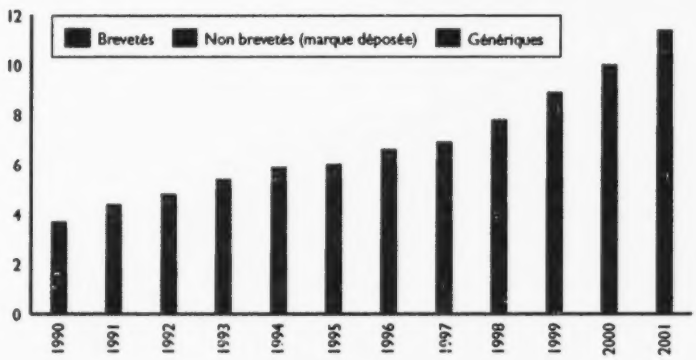
Au cours des audiences publiques de la Commission, de nombreux interlocuteurs ont soutenu que la durée de la protection des brevets contribuait au coût élevé des médicaments. En fait, comme on l'a mentionné précédemment, les médicaments brevetés sont moins chers en moyenne au Canada que dans d'autres pays, en particulier aux États-Unis, bien que, selon des données récentes, cet avantage semble s'amenuiser (CEPMB, 2002). Même si, au dire de certains, les lois canadiennes sur les brevets liés aux médicaments sont un obstacle majeur au contrôle de leurs prix, force est de constater que, dans les faits, la législation canadienne est conforme aux normes internationales. Aucune donnée empirique ne permet non plus d'imputer aux lois canadiennes sur la protection des brevets la responsabilité de la hausse des prix des médicaments.

La perpétuation des brevets, une pratique selon laquelle les fabricants de médicaments de marque déposée apportent des variations à des médicaments existants en vue de prolonger la protection conférée par le brevet, est particulièrement préoccupante. Cette pratique, produit dérivé douteux des dispositions législatives canadiennes sur les brevets, retarde la mise au point de médicaments génériques moins coûteux.

De plus, le règlement pris en application de la loi sur les brevets oblige les fabricants de médicaments génériques à prouver que leur produit ne contrefait pas un brevet détenu par un autre fabricant au lieu de donner au fabricant du médicament breveté la responsabilité de prouver que son brevet a été contrefait — c'est ce que désigne la notion de dispositions réglementaires relatives à l'avis de conformité. On a dit que cette façon de procéder amenait des fabricants de médicaments brevetés à intenter des poursuites « par anticipation » pour retarder l'approbation de médicaments génériques. Si c'est le cas, il est clair que cette pratique n'est pas conforme à l'intérêt public. Le gouvernement fédéral devrait se pencher sur la question, déterminer ce qui constitue une prolongation légitime de la protection des brevets et songer à des moyens de simplifier l'approbation des médicaments génériques (voir figure 9.4).

Au cours des années à venir, les lois canadiennes sur les brevets seront confrontées à des problèmes de taille. Le brevetage des gènes est l'une des questions les plus controversées. Les dispositions actuelles de la loi canadienne n'interdisent pas spécifiquement le brevetage des gènes humains, des séquences d'ADN et des lignées cellulaires. Cette question a soulevé énormément de débats non seulement au Canada, mais dans le monde entier (Ontario 2002). Les premiers ministres du Canada ont étudié la question en janvier 2002. Ils se sont dits soucieux de voir le pays instaurer les protections et les sauvegardes qui s'imposent et ont convenu de concevoir ensemble un cadre coordonné. Les premiers ministres ont demandé au gouvernement fédéral d'examiner ces questions ainsi que leurs répercussions sur la *Loi sur les brevets*. La Commission partage leur point de vue, et elle souhaite que le gouvernement fédéral examine les dispositions actuelles de la *Loi sur les brevets* pour ce qui est du brevetage des gènes et de l'ADN.

Figure 9.4
Ventes (en milliards de $) des fabricants de médicaments brevetés et non brevetés, de 1990 à 2001



Source : CEPMB 2002.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle essentiel et croissant dans le système de santé canadien et la santé de la population canadienne. Ils sont une composante essentielle du système de santé, et il faudrait tenir compte de cette réalité lorsque viendra le moment de fixer les modalités de financement, de couverture et d'accès de médicaments d'ordonnance de qualité, sûrs et rentables.

Les recommandations formulées dans ce chapitre auront pour effet de réduire et, en bout de ligne, d'éliminer les disparités dans la couverture du coût très élevé des médicaments d'ordonnance. Bref, les Canadiens pourront passer d'une région à l'autre du pays tout en jouissant d'une protection similaire. La protection contre l'impact catastrophique des coûts des médicaments d'ordonnance ne dépendra ni du lieu de résidence des citoyens, ni de leurs revenus. Une fois cette étape cruciale franchie, nous pourrons prendre d'autres mesures pour intégrer les médicaments d'ordonnance aux soins dispensés à l'ensemble des Canadiens grâce aux approches de soins de santé primaires. Un nombre croissant de Canadiens aux prises avec des maladies chroniques et des problèmes de santé accueilleront ces mesures avec enthousiasme et y verront un pas important dans la recherche du rendement optimal des médicaments d'ordonnance.

Enfin, les Canadiens sauront qu'une nouvelle Agence canadienne du médicament assurera la sécurité et la qualité des médicaments qu'ils consomment. Les efforts conjoints de l'Agence et des provinces et territoires permettront de prendre des mesures importantes pour obtenir un rendement maximal de l'investissement de plus en plus lourd que nous faisons du côté des médicaments d'ordonnance.

UNE NOUVELLE APPROCHE POUR LA SANTÉ AUTOCHTONE

Orientations proposées

- ***Consolider le financement de la santé des Autochtones provenant de toutes les sources et utiliser les fonds pour appuyer la création de partenariats pour la santé autochtone chargés de gérer et d'organiser les services de santé destinés aux Autochtones et de promouvoir la santé de ces derniers.***
- ***Établir pour ces partenariats une structure et un mandat clairs concernant l'utilisation des fonds pour répondre aux besoins particuliers en santé des populations autochtones, améliorer l'accès à tous les niveaux de services de santé, recruter de nouveaux dispensateurs de soins autochtones et améliorer la formation des dispensateurs de soins non autochtones.***
- ***Veiller à ce que les Autochtones aient toujours leur mot à dire concernant l'orientation et la conception des services de santé dans leurs communautés.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Le futur système de santé canadien doit correspondre aux valeurs, besoins et attentes de tous les Canadiens, y compris des Autochtones. Le piètre état de santé des Autochtones du Canada est bien connu et préoccupe grandement non seulement les Autochtones mais tous les Canadiens. La situation est tout simplement inacceptable et doit être corrigée.

Les questions concernant la santé des Autochtones ont été étudiées de façon plus approfondie par d'autres commissions et comités, notamment la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Malgré toutes ces études et un certain nombre d'initiatives en cours dans toutes les provinces et tous les territoires, il reste qu'on continue d'observer des disparités profondes entre Canadiens autochtones et non autochtones sur le plan de la santé générale et de l'accès aux soins de santé. Cela tient à toutes sortes de raisons complexes et à un certain nombre de facteurs différents, dont bon nombre ont davantage à voir avec les conditions sociales qu'avec la santé.

Pour comprendre les divers problèmes et bien saisir l'opinion des Autochtones, la Commission a travaillé avec l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA 2002) à la tenue d'un forum national sur la santé des Autochtones. Les peuples des Premières nations, les peuples métis, inuits et les communautés autochtones en milieu urbain se sont réunis pour faire part des succès remportés, des défis qu'ils ont à surmonter et de leur vision de l'avenir des soins de santé.

Il ressort de ces discussions et consultations qu'une nouvelle approche est nécessaire — une approche qui s'attaque aux causes premières des problèmes de santé des Autochtones, élimine les barrières administratives et celles causées par les champs de compétence et vise directement à améliorer la santé des Autochtones. Plus précisément, des mesures doivent être prises pour :

- consolider le financement fragmenté destiné à la santé des Autochtones et exploiter ainsi au maximum tous les fonds qui peuvent être disponibles afin d'améliorer la santé des Autochtones et les soins qu'ils reçoivent;
- créer de nouveaux modèles pour coordonner et dispenser des services de santé et veiller à ce que les besoins en matière de soins de santé des Autochtones soient pris en considération;
- adapter les programmes et services de santé aux réalités culturelles, sociales, économiques et politiques particulières des différents groupes autochtones;
- faire en sorte que les Autochtones aient directement leur mot à dire sur la façon dont les services de santé sont conçus et dispensés.

REMETTRE LES AUTOCHTONES « DANS LE CIRCUIT »

On doit constater que les peuples autochtones vivent un certain décalage avec le reste de la société canadienne, notamment en ce qui concerne la jouissance commune de bon nombre des avantages associés au système de santé du Canada. Cela est dû à cinq raisons sous-jacentes :

- des postulats constitutionnels contradictoires;
- le financement fragmenté des services de santé;
- un accès inadéquat aux services de santé;
- un état de santé moins reluisant;
- différentes influences culturelles et politiques.

Postulats constitutionnels

On ne s'entend pas sur l'attribution des responsabilités constitutionnelles en ce qui concerne les soins de santé destinés aux Autochtones, d'où l'éventail confus de programmes et de services fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que de services dispensés directement par certaines communautés autochtones.

Le gouvernement canadien est responsable du financement et de l'organisation des services destinés à certains groupes autochtones, principalement les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits. Selon le gouvernement fédéral, cependant, aucune disposition constitutionnelle ni traité n'oblige le gouvernement canadien à offrir des programmes ou services de santé aux Autochtones. En conséquence, le gouvernement fédéral se limiterait à être le « payeur de dernier recours ». Un énoncé de politique ministérielle datant de 1974 décrit la

responsabilité fédérale, en ce qui concerne la santé des Autochtones comme étant volontaire, visant à faire en sorte que « les services soient accessibles en les offrant directement là où des services normalement fournis par les provinces ne sont pas offerts et en aidant financièrement les Autochtones démunis à payer les services nécessaires lorsque aucune autre aide n'est disponible » [*Traduction*] (Canada. Santé et Bien-être social Canada 1974). Le gouvernement fédéral maintient cette position.

Les Autochtones ne partagent pas le point de vue du gouvernement fédéral. Ils établissent un lien entre les programmes fédéraux de santé et les obligations en vertu des lois ou des traités ou, de façon plus générale, le rôle de fiduciaire du gouvernement fédéral (APN 2002; Ahenakew et Sanderson 2001; APNQL 1999). Cette façon de voir a été présentée de façon claire et plus complète dans le rapport final de la CRPA dans le milieu des années 1990.

« ...il y a des problèmes de compétence fédérale et provinciale et nous sommes la balle que chaque camp se relance. »

ONSA 2002. Discussions sur la santé des Autochtones : Partageons nos difficultés et nos réussites.

Depuis bien des années, on a entrepris de transférer de Santé Canada aux communautés autochtones certaines responsabilités associées à la gestion et à la prestation des services de santé, en particulier des services de santé communautaire et de soins de santé primaires (voir tableau 10.1). En 2001, 82 % des communautés des Premières nations et des communautés inuites admissibles avaient assumé ces nouvelles responsabilités ou étaient en voie de le faire, 46 % ayant signé des accords de transfert (DGSPNI 2001). Les communautés qui ont pris en charge les services de santé ont eu l'occasion « de tester leur propre capacité de gérer des programmes et d'éliminer les obstacles culturels et linguistiques à la prestation de services de santé » (Favel-King 1993). Ce transfert de responsabilités est parfois considéré comme une étape intermédiaire vers l'autonomie gouvernementale (Read 1995).

Le transfert de responsabilités en matière de santé et de soins de santé aux communautés autochtones constitue un objectif important, mais il est aussi une source de préoccupation. Certains craignent que ce processus n'aboutisse à l'abandon par le gouvernement fédéral de son obligation historique de protéger la santé des peuples autochtones (Waldram et al. 1995; Weaver 1986). D'autres dénoncent le fait que la politique ne tienne pas compte des besoins émergents (O'Neil 1995).

Le vérificateur général du Canada (2000) a remis en question à maintes reprises le bien-fondé du transfert de responsabilités aux communautés autochtones parce que celles-ci ne rendent pas directement compte au Parlement de la gestion des fonds qui sont utilisés et parce qu'aucune exigence n'est prévue en ce qui concerne l'évaluation de la capacité des organisations d'administrer adéquatement les fonds qu'elles reçoivent. D'autres problèmes tiennent au fait que, bien que le financement puisse être transféré, il est difficile de transférer les connaissances et l'expérience nécessaires pour résoudre divers problèmes de soins de santé « sur le terrain ». Il faudra du temps aux communautés pour acquérir l'expérience requise et établir les réseaux de contacts essentiels à la résolution de problèmes particuliers de santé. C'est pourquoi le transfer de responsabilités ne sera réussi qu'à la condition notamment que l'on aide les communautés assez longtemps pour qu'elles puissent acquérir l'expérience requise et mettre en place les réseaux de contacts et de soutien nécessaires.

Tableau 10.1
Santé des Premières nations et des Inuits -
Paiements de transfert - 2001-2002

	Crédits budgétaires 2001-2002
Contributions pour les services communautaires de santé destinées aux Indiens et aux Inuits	**291 493 000 $**
Paiements aux bandes indiennes, aux associations ou aux groupes pour le contrôle et la prestation des services de santé	161 349 000 $
Contribution au financement de projets pilotes pour évaluer les différentes possibilités de transfert du programme de service de santé non assuré sous l'autorité des Premières nations et des Inuits	**24 000 000 $**
Contributions versées aux bandes indiennes, aux associations ou groupes indiens ou inuits ou aux gouvernements locaux et aux gouvernements territoriaux pour les services de santé non assurés	83 761 000 $
Paiements à l'Institut de la santé des Autochtones/Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones	**7 500 000 $**
Contributions aux projets de prévention et de promotion de la santé des Premières nations et des Inuits et aux projets de développement pour aider les Premières nations et les Inuits à prendre en main les services de santé	29 037 000 $
Contributions aux universités, aux collèges et à d'autres organisations afin d'accroître la participation d'étudiants indiens inuits aux programmes d'études menant à des carrières en santé	**2 992 000 $**
Contributions au gouvernement de Terre-Neuve pour éponger le coût des soins de santé dispensés aux communautés indiennes et inuites	583 000 $
Contributions aux associations indiennes et inuites pour des consultations relatives à la santé des Indiens et des Inuits	**979 000 $**
Contributions au nom ou à l'intention des Indiens ou Inuits pour éponger le coût de construction, d'expansion ou de rénovation des hôpitaux et d'autres centres et établissements de santé de même que l'équipement hospitalier et le matériel de soins de santé	1 413 000 $
Contributions au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	**22 500 000 $**
Contributions totales	**625 607 000 $**

Source : Canada. Secrétariat du Conseil du Trésor 2002.

Tableau 10.1
Santé des Premieres nations et des Inuits -
Paiements de transfert - 2001-2002

	Crédits budgétaires 2001-2002
Contributions pour les services communautaires de santé destinées aux Indiens et aux Inuits	291 493 000 $
Paiements aux bandes indiennes, aux associations ou aux groupes pour le contrôle et la prestation des services de santé	161 349 000 $
Contribution au financement de projets pilotes pour évaluer les différentes possibilités de transfert du programme de service de santé non assuré sous l'autorité des Premières nations et des Inuits	24 000 000 $
Contributions versées aux bandes indiennes, aux associations ou groupes indiens ou inuits ou aux gouvernements locaux et aux gouvernements territoriaux pour les services de santé non assurés	83 761 000 $
Paiements à l'Institut de la santé des Autochtones/Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones	7 500 000 $
Contributions aux projets de prévention et de promotion de la santé des Premières nations et des Inuits et aux projets de développement pour aider les Premières nations et les Inuits à prendre en main les services de santé	29 037 000 $
Contributions aux universités, aux collèges et à d'autres organisations afin d'accroître la participation d'étudiants indiens inuits aux programmes d'études menant à des carrières en santé	2 992 000 $
Contributions au gouvernement de Terre-Neuve pour éponger le coût des soins de santé dispensés aux communautés indiennes et inuites	583 000 $
Contributions aux associations indiennes et inuites pour des consultations relatives à la santé des Indiens et des Inuits	979 000 $
Contributions au nom ou à l'intention des Indiens ou Inuits pour éponger le coût de construction, d'expansion ou de rénovation des hôpitaux et d'autres centres et établissements de santé de même que l'équipement hospitalier et le matériel de soins de santé	1 413 000 $
Contributions au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	22 500 000 $
Contributions totales	**625 607 000 $**

Source : Canada. Secrétariat du Conseil du Trésor 2002.

Santé Canada a indiqué au vérificateur général du Canada (2000) que bien que l'initiative de transfert permette aux Premières nations et aux Inuits de prendre en charge les services communautaires, son but n'est pas de modifier l'approche générale des problèmes de santé. De plus, comme la politique de transfert vise principalement les résidents des communautés vivant dans des réserves, elle ne permet pas de résoudre les problèmes auxquels font face les Autochtones en milieu urbain, même si leur nombre va croissant et que leurs problèmes de santé sont plus évidents. En 1996, au moins cinq Autochtones sur dix vivaient dans une collectivité urbaine.

Il ne faut donc pas s'étonner que les représentants autochtones au Canada ne partagent pas tous la même opinion concernant le transfert de la responsabilité des soins de santé. Les communautés et organisations autochtones ont des intérêts, des besoins et des capacités variés et ont donc des opinions différentes en ce qui concerne la façon de gérer la prestation des services de santé destinés aux Autochtones. Certaines organisations ont insisté sur la nécessité d'une meilleure collaboration fédérale, provinciale et territoriale avec les communautés autochtones. Par ailleurs, d'autres ont réclamé que les provinces se retirent de la prestation des services vu que c'était la responsabilité du gouvernement fédéral de régler ces questions au cas par cas avec les peuples autochtones. On relevait cependant une constante : la nécessité d'une participation plus active de la population, des communautés et des organisations autochtones aux décisions relatives au type de services offerts et aux modalités de prestation.

Financement des services de santé

Vu la complexité des questions constitutionnelles et des questions de gouvernance, il n'y a rien d'étonnant à ce que le financement des services de santé destinés aux Autochtones soit complexe lui aussi.

Les fonds octroyés par le gouvernement fédéral servent à financer trois types de programmes et d'initiatives dans le domaine de la santé (voir tableau 10.2) :

- Les programmes de santé publique ou de santé communautaire.
- Les initiatives nationales qui portent sur la santé et des questions liées à la santé telles que l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones. Ces initiatives varient selon le lieu où elles sont mises en oeuvre et les caractéristiques de la population qu'elles visent.
- Le financement individuel qui fournit une aide pour les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et de la vue et le transport des patients qui doivent recevoir des services de santé particuliers.

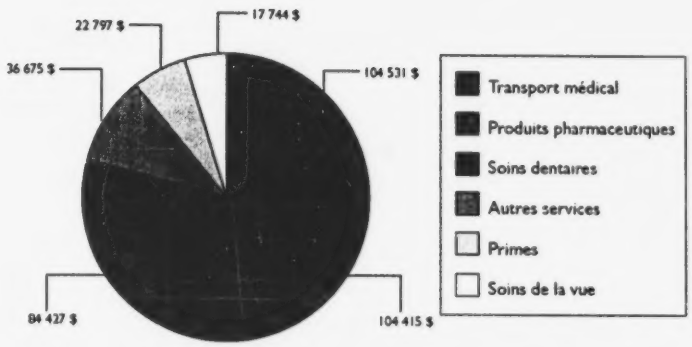
En mars 2001, l'enveloppe fédérale totale pour les services de santé qui relèvent directement de l'autorité des Premières nations et des Inuits s'élevait à 588,6 millions de dollars, dont 31 % (182,5 millions de dollars) étaient régis par des accords de transfert (DGSPNI 2001) (voir figures 10.1, 10.2 et 10.3). Une forte proportion de ces fonds est versée à des personnes par le biais du programme des Services de santé non assurés (SSNA). Ce programme fonctionne comme un régime d'assurance plutôt que de faire partie d'un système intégré de soins de santé pour les Autochtones. Le vérificateur général du Canada (1997) a indiqué que le régime actuel encourage les patients comme les dispensateurs de soins à surutiliser les services de soins. Il existe des

Tableau 10.2
Programmes auxquels ont accès Autochtones du Canada, 1999-2000

	Membres des Premières nations vivant dans les réserves	Inuits vivant dans les établissements inuits/ communautés inuites	Membres des Premières nations (dans et hors réserve)	Inuits (dans et hors communautés)	Métis	Tous les Autochtones (dans et hors réserve + inscrits, non inscrits)
Toxicomanies						
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Programme de traitement en établissement	X	X	X	X		
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Programme communautaire			X			
Programme de lutte contre l'abus de solvants	X	X	X	X		
Stratégie de réduction du tabagisme	X	X				
Enfants						
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	X					
Programme canadien de nutrition prénatale	X	X				
Initiative SAF/EAF (syndrome d'alcoolisme foetal)	X	X				
Maladies chroniques						
Initiatives sur le diabète chez les Autochtones – Soins, traitement, appui au mode de vie	X (+ communautés des Premières nations au nord du 60e)	X				
Initiatives sur le diabète chez les Autochtones – Prévention primaire et promotion	X	X	X	X	X	X
Maladies transmissibles						
Lutte contre les maladies transmissibles	X (+ Individus vivant dans des réserves)					
Stratégie de lutte contre le VIH/sida	X			X (+ Inuits du Labrador)		
Stratégie d'élimination de la tuberculose	X			X (+ Inuits du Nord du Québec et Labrador)		
Services de santé communautaires						
Grandir ensemble (santé mentale, développement de l'enfant, bébés en santé, prévention des blessures, capacités parentales)	X	X				
Pour des collectivités en bonne santé (intervention d'urgence en santé mentale)	X	X				
Prévention et promotion de la santé communautaire (santé de la mère et de l'enfant, santé en milieu scolaire, santé des adolescents, santé des adultes, santé des aînés)	X	X				
Soins de santé primaires en santé communautaire (soins d'urgence, soins non urgents)	X (Les services peuvent être dispensés à des clients non autochtones là où ces services ne sont pas facilement accessibles)	X (Les services peuvent être dispensés à des clients non autochtones là où ces services ne sont pas facilement accessibles)				
Nutrition communautaire						
Stratégie de promotion de la santé buccodentaire (École nationale de dentothérapie, promotion de la santé buccodentaire et prévention)	X (+ peuple innu)	X				
Soins de santé à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits	X (+ communautés des Premières nations au nord du 60e)	X				
Développement des capacités						
Carrières en santé (bourses et bourses d'études, activités communautaires)	X	X	X	X	X	X
Services de santé non assurés						
(santé dentaire, transport médical, médicaments, fournitures médicales et équipement, soins de la vue, santé mentale)	X	X (+ Innus reconnus)	X	X (Inuits reconnus)		

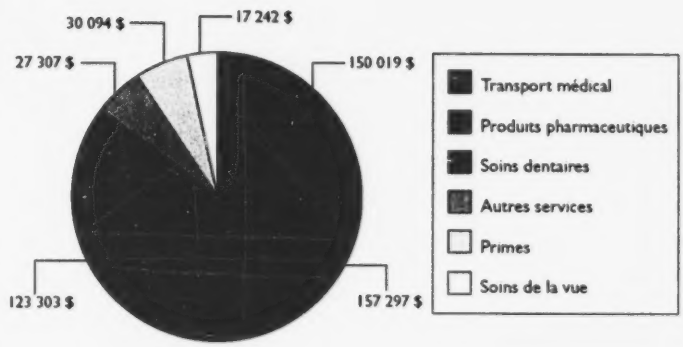
Source : Santé Canada 2001c.

Figure 10.1
Dépenses annuelles des SSNA par service (millions $), 1991-1992



Source : Santé Canada 2001h.

Figure 10.2
Dépenses annuelles des SSNA par service (millions $), 1995-1996

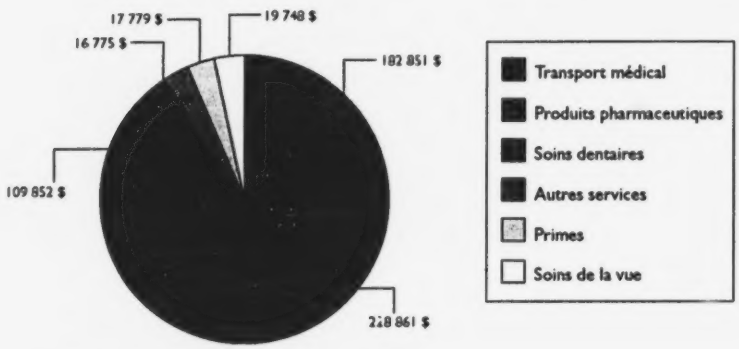


Source : Santé Canada 2001h.

mécanismes pour contrôler l'administration et évaluer la conformité, mais aucun mécanisme n'est prévu pour encourager la prestation de soins plus efficaces ou pour modifier le comportement des patients ou des dispensateurs. On ne retrouve pas notamment dans ce programme des initiatives de prévention ou d'éducation sanitaire.

En plus des programmes fédéraux, les Autochtones comptent le plus souvent sur les soins médicaux et hospitaliers offerts dans leur province de résidence et bénéficient de ces services au même titre que d'autres résidents. Toutefois, le gouvernement fédéral n'indemnise pas les provinces qui dispensent ces services aux Autochtones sauf en cas d'entente locale spécifique. Les coûts de ces services ne font pas l'objet d'une comptabilité particulière, mais des estimations récentes semblent indiquer qu'ils pourraient atteindre jusqu'à 80 % des coûts de santé moyens

Figure 10.3
Dépenses annuelles des SSNA par service (millions $), 2000-2001



Source : Santé Canada 2001h.

pour la population d'une province. Des données de la Saskatchewan montrent que les dépenses fédérales et provinciales par habitant dans le domaine de la santé s'élèvent, dans le cas des membres des Premières nations de cette province, à près du double de la moyenne provinciale, ce qui concorde avec les données de l'enquête approfondie effectuée par le Centre manitobain des politiques en matière de santé en partenariat avec les Premières nations du Manitoba (Martens et al. 2002).

Pour diverses raisons, la formule de financement actuelle est insatisfaisante et prête à confusion.

- Les Autochtones n'ont pas tous un accès égal aux programmes et aux services offerts par le gouvernement fédéral. Les services assurés varient selon l'endroit où ils vivent (sur une réserve ou hors réserve), la façon dont ils sont identifiés (p. ex. Premières nations, Inuits ou Métis) et leur statut juridique (p. ex. visés par un traité ou non). Cela contribue à accroître le mécontentement des Autochtones qui ne sont pas admissibles aux programmes fédéraux.
- Le fait que certains programmes fédéraux semblent être plus généreux que des programmes provinciaux similaires irritent souvent les communautés non autochtones avoisinantes. Celles-ci considèrent les différences au niveau de l'accès aux programmes fédéraux et provinciaux comme contraires à l'équité.
- Le financement des services de santé destinés aux Autochtones est morcelé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones. D'où la difficulté de coordonner les dépenses et d'exploiter au maximum les sommes disponibles. Des études semblent indiquer que maints problèmes ne tiennent pas au niveau du financement des services de soins de santé mais plutôt à la fragmentation de financement, qui nuit à la coordination des programmes et services. Comme le mentionne le Centre manitobain des politiques en matière de santé:

  > Les membres des Premières nations inscrits utilisent abondamment les services de soins de santé. En moyenne, ils demandent une consultation médicale de plus par année que les autres Manitobains. Leur taux d'hospitalisation est également

> deux fois plus élevé et ils passent 1,7 fois plus de jours à l'hôpital. Le système semble donc répondre aux besoins de ceux qui sont en moins bonne santé, ce qui est un élément positif. L'élément négatif, c'est que cette mauvaise santé n'est probablement pas due à l'absence de services de soins de santé; la solution ne consiste donc pas apparemment à offrir plus de soins de santé [*Traduction*] (Martens et al. 2002).

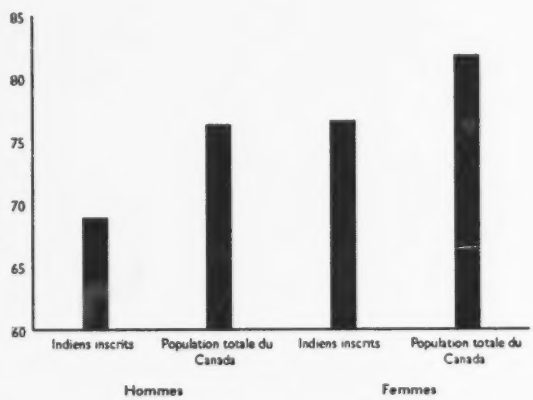
État de santé

L'état général de santé de la population autochtone est meilleur aujourd'hui qu'il y a cinquante ou même dix ans, surtout à cause des améliorations notables apportées aux conditions de vie et des investissements constants dans le domaine de la prévention de la maladie et de la santé publique. L'accès à l'eau courante et les conditions de logement dans les réserves se sont améliorés considérablement au cours des dix dernières années (AINC 2002).

Malgré tout, les disparités persistent par rapport aux autres Canadiens. En 2000, l'écart entre l'espérance de vie des membres inscrits des Premières nations et autres Canadiens était estimé à 7,4 ans pour les hommes et à 5,2 ans pour les femmes (AINC 2002) (voir figure 10.4). L'espérance de vie d'autres groupes autochtones n'a pas été mesurée de façon rigoureuse à l'échelle nationale, mais d'aucuns pensent que la situation des autres peuples autochtones, en particulier ceux qui vivent dans les trois territoires, est probablement comparable, sinon pire (voir figure 10.5).

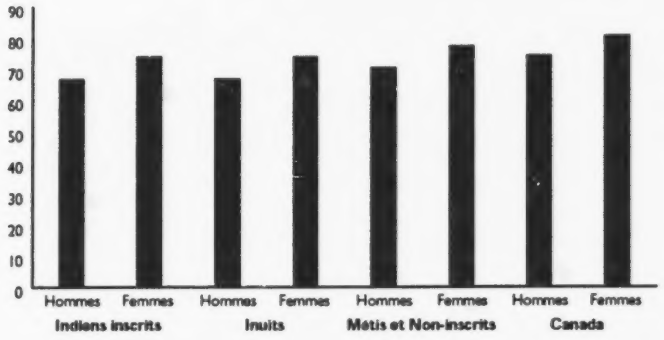
La population autochtone est en moyenne plus jeune que le reste de la population canadienne. En 1996, la différence d'âge était d'environ dix ans. Comparativement à l'ensemble de la population, la population autochtone comptait 70 % plus d'enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 femmes en âge de procréer) (Statistique Canada 1998). La population autochtone du Canada croît également à un rythme de 3 % par année, soit à un rythme deux fois plus rapide que celui de l'ensemble du Canada.

Figure 10.4
Espérance de vie à la naissance, population des Indiens inscrits, 2000



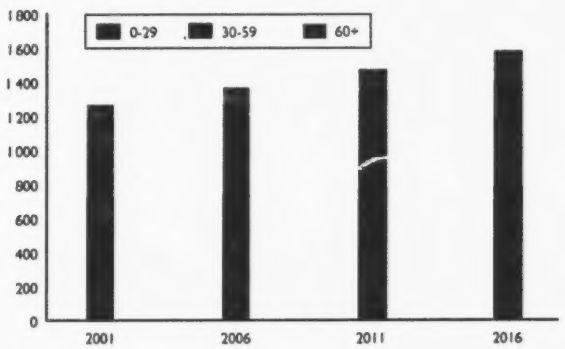
Source: Canada. AINC 2000.

Figure 10.5
Espérance de vie à la naissance, Autochtones et population canadienne, 1991



Source : Statistique Canada 1995.

Figure 10.6
Prévisions démographiques pour la population autochtone du Canada, par groupe d'âge (milliers), de 2001 à 2016

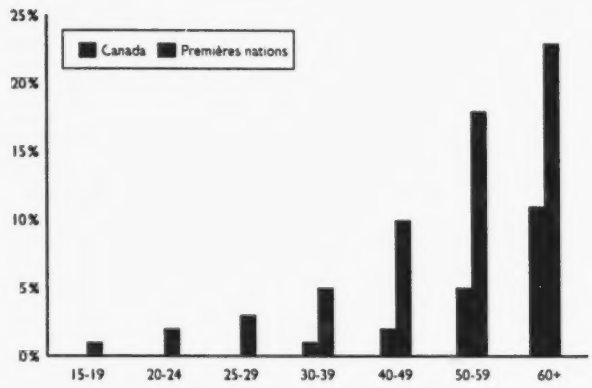


Source : Statistique Canada 1995.

Des études révèlent que les jeunes Autochtones sont plus souvent exposés à des problèmes comme l'alcoolisme et la toxicomanie que d'autres Canadiens du même âge. Ces problèmes, combinés à une pauvreté généralisée, à un racisme persistant et aux séquelles du colonialisme, ont enfermé les Autochtones dans un cercle vicieux qui se perpétue d'une génération à l'autre.

Un groupe important de jeunes Autochtones font maintenant leur entrée dans le monde des adultes (voir figure 10.6). Ces jeunes ont non seulement besoin de conditions de vie acceptables, d'un emploi, d'une bonne éducation et d'un logement adéquat, mais également d'aide pour régler les problèmes de santé qu'ils sont susceptibles d'avoir éprouvé durant leur enfance ou leur adolescence.

Figure 10.7
Incidence du diabète dans la population des Premières nations et au Canada, par groupe d'âge, 1991



Source: Canada. AINC 2002.

Tout au long des audiences publiques de la Commission, de nombreux représentants autochtones se sont dits très inquiets des disparités persistantes en matière de santé observées dans la population autochtone du Canada. Ils ont fait ressortir certains indicateurs tels que le taux élevé de diabète (voir figure 10.7), les taux croissants d'infection au VIH, les problèmes cardiaques (Organisation des chefs du Sud du Manitoba et Assemblée des chefs du Manitoba 2002), et les taux élevés de déficience – en particulier de déficience intellectuelle (BC Aboriginal Network on Disability Society 2002). Ils ont également souligné l'absence de stratégie holistique reconnaissant les approches traditionnelles, de même que l'absence de ressources suffisantes pour s'attaquer à ces problèmes (APN 2002).

Accès aux services de santé

Au cours des dix dernières années, l'accès de la population autochtone aux services de santé s'est amélioré de façon notable, en particulier l'accès aux soins hospitaliers et aux médicaments d'ordonnance. Il reste cependant beaucoup à faire pour éliminer l'écart entre les Autochtones et l'ensemble de la population.

Un des facteurs importants qui influent sur l'accès des Autochtones et de tous les Canadiens demeure le nombre et la répartition des professionnels de la santé. Lors du forum sur la santé des Autochtones coparrainé par l'ONSA, les participants ont beaucoup insisté sur le fait qu'ils avaient de la difficulté à recruter et à retenir des professionnels de la santé autochtones dans leurs communautés. C'est le cas des Premières nations, des Inuits, des Métis et des groupes autochtones en milieu urbain. En 1997-1998, on comptait près de 2 000 travailleurs de la santé autochtones qualifiés au Canada, dont 800 infirmières et 67 médecins. Cela représente moins de 1 % de l'effectif des professionnels de la santé au Canada, soit beaucoup moins que la proportion d'Autochtones dans l'ensemble de la population (DGSPNI 1999).

Il importe de multiplier les efforts en vue d'augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones par le biais de la formation et de partenariats. En outre, il faut offrir une formation plus appropriée aux professionnels de la santé non autochtones afin qu'ils puissent

mieux répondre aux besoins de santé des communautés autochtones. Pour y arriver, il faut coordonner les efforts de recrutement de professionnels de la santé issus des communautés autochtones et développer les initiatives de formation destinées aux dispensateurs non autochtones. L'Eskasoni Health Centre au Cap-Breton, qui accueille des médecins de la faculté de médecine de l'Université Dalhousie venus dispenser des services dans les communautés mi'kmaq, a montré qu'on peut obtenir des résultats positifs lorsqu'on donne aux professionnels de la santé non autochtones l'occasion de travailler dans des communautés autochtones et de découvrir leurs besoins particuliers et leur culture. Il faut donner plus d'ampleur à de telles initiatives et à d'autres programmes mis en œuvre aux quatre coins du pays.

Ces dernières années, plutôt que de simplement traiter les maladies, on a pris un certain nombre d'initiatives visant à s'attaquer à certains des déterminants de la santé des Autochtones. Ces initiatives reposent sur un partenariat entre les communautés autochtones et divers paliers de gouvernement. Ces partenariats sont nécessaires afin de rompre les barrières entre les différents secteurs stratégiques (APNQL 2000; AHABC 1999), même si ces barrières résultent de la division des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les administrations locales. L'important est d'abattre les cloisons entre les domaines relevant de la politique de la santé et ceux relevant de la politique sociale tels que l'éducation, le logement ou les services sociaux. Dans le cas d'Eskasoni, l'élaboration d'un remarquable modèle de soins de santé primaires a été entravée à maintes reprises par des obstacles juridiques et administratifs liés au partage des compétences, et en particulier au fait que certains fonds étaient consacrés à « la santé » et d'autres aux « services sociaux » (Hampton 2001).

« (…) Une approche axée sur la santé de la population reflète de plus près la vision autochtone de la santé et est surtout utile pour appuyer les changements de politique, la réforme des lois et des politiques à tous les paliers de gouvernement en collaboration avec les gouvernements autochtones, à la condition qu'on conserve une vision autochtone de la santé. »

RALLIEMENT NATIONAL DES MÉTIS 2002. MÉMOIRE.

Cette idée d'abattre les cloisons et d'intégrer les services a été réitérée par les gouvernements, par les dirigeants autochtones et par les experts en politique de la santé lors des audiences publiques de la Commission, de réunions avec diverses organisations et durant les tables rondes d'experts organisées dans différentes régions du pays. À bien des égards, la prestation de services intégrés implique l'abandon des présupposés concernant l'instance responsable de l'organisation et de la prestation des services destinés aux Autochtones. Certains demeurent convaincus qu'on ne résoudra efficacement les problèmes de santé des Autochtones que si les individus se soucient davantage de leur santé et si les collectivités apprennent à mieux se gouverner (ONSA 2001; Comité de santé des Chefs des Premières nations 2000). Comme les responsabilités se chevauchent et que les problèmes sont complexes, on pourra obtenir de meilleurs résultats en partageant les responsabilités plutôt qu'en préservant jalousement des sphères de compétence.

Au forum de l'ONSA (2002) et durant les audiences publiques, on a également rappelé à la Commission qu'il importait au plus haut point d'adapter la prestation des services de soins de santé aux réalités culturelles, en particulier lorsque ces services sont offerts par des dispensateurs de soins non autochtones. L'Association canadienne de santé publique (2001, 6) a insisté également sur ce point. À son avis, « ce n'est qu'en élaborant des programmes qui respectent les cultures des peuples et des collectivités qui

composent notre nation, et en prenant en considération la diversité canadienne, que les professionnels de la santé pourront contribuer à améliorer la santé des populations vulnérables et alléger le fardeau du système de santé dans son ensemble ».

« Les Inuits ont leurs propres idées quant à la façon d'améliorer leur santé. Innuqatigittarniq – l'interaction de la pensée, du corps, de l'esprit et de l'environnement qui contribue à la santé – est l'une des lampes ou qulliqs qui éclairent la voie que devrait prendre la réforme des soins de santé destinés aux Inuits. Qaujamajatuqangit – les connaissances traditionnelles inuites – est une autre qulliq. »

QIKIQTANI INUIT ASSOCIATION 2002. MEMOIRE.

Diversité culturelle et politique

Les cultures autochtones sont fortes et variées. Dans le cas des Premières nations, par exemple, plus de 600 collectivités relevant de quelques 50 groupes culturels et linguistiques distincts, sont disséminées dans tout le Canada. Les valeurs et coutumes de ces différents groupes doivent être respectées et prises en compte dans la conception et la prestation des services de soins de santé. De nombreuses entités politiques représentent également différentes populations autochtones à divers niveaux, dont les conseils de bandes locaux, les conseils tribaux régionaux, les organisations provinciales, les organisations nationales, de même que les organisations représentant les femmes autochtones et les Autochtones vivant en milieu urbain.

La diversité culturelle comme la diversité des organisations politiques doivent être prises en considération quelle que soit l'approche utilisée pour améliorer la santé des Autochtones et leur accès aux services. Compte tenu de cette diversité, il vaut peut-être mieux mettre l'accent sur les solutions régionales ou locales qui peuvent être axées sur des collectivités ou des besoins spécifiques plutôt que sur des solutions générales qui risquent de ne pas tenir compte des besoins particuliers de différentes communautés éparpillées au Canada. Les stratégies locales et régionales pourraient également s'avérer plus efficaces pour attirer un plus grand nombre d'Autochtones dans les diverses professions de la santé et pour recruter des dispensateurs non autochtones qui viendront travailler dans les collectivités autochtones.

LA QUESTION DES TERRITOIRES DU NORD

Il faut accorder une attention particulière à l'existence de trois vastes territoires dans le Nord canadien – Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut – au moment de préciser les paramètres des politiques de santé à l'intention des Autochtones. Vingt pour cent de la population au Yukon, la moitié de la population dans les Territoires du Nord-Ouest et 85 % de la population du Nunavut sont d'origine autochtone, la proportion de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis variant dans chacun des territoires (voir tableau 10.3).

Les ententes constitutionnelles dans les territoires diffèrent de celles établies pour les dix provinces. Le Parlement du Canada détermine la structure de gouvernance ainsi que la nature et la portée des responsabilités qui peuvent être assumées localement par les territoires. Le Parlement subvient également aux besoins financiers essentiels des gouvernements territoriaux. En général, les gouvernements territoriaux ont des responsabilités en matière de prestation de services de soins de santé comparables à ceux des provinces. L'aide financière fédérale offerte en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* est assujettie aux mêmes conditions et principes

Tableau 10.3
Transferts fédéraux aux gouvernements territoriaux

	Démographie		Accord fiscal (sources de revenu) 2001-2002		
	Population totale	Population autochtone	Méthode de financement préétablie pour les territoires	Transfert des services sociaux et de santé	% des revenus estimés du territoire provenant des paiements de transfert
Territoires du Nord-Ouest	40 900	47,7 %	510 000 000 $	55 000 000 $	57 %
Nunavut	28 200	85 %	611 000 000 $	31 000 000 $	84 %
Yukon	29 900	20,1 %	346 000 000 $	33 000 000 $	70 %

Nota : Les chiffres sur la population autochtone sont tirés des données du recensement de 1996 de Statistique Canada.
Source : Canada. Ministère des Finances 2002b.

(Brown 2000). La seule exception notable est le Yukon, qui a conclu un accord sur l'autonomie gouvernementale en 1994. Cet accord stipule que le Yukon est responsable de « la prestation de soins médicaux et de services de santé aux citoyens, sauf l'agrément et la réglementation des services offerts à partir d'installations situées à l'extérieur des terres désignées » (Canada. Ministère de la Justice 1994).

Durant une bonne part de l'histoire des territoires, les autorités fédérales ont géré et dispensé directement des services dans les hôpitaux, les cliniques et autres centres de santé. Au début des années 1980, le gouvernement fédéral a commencé à transférer la responsabilité des services de soins de santé aux gouvernements territoriaux. La responsabilité des services de santé a été confiée aux Territoires du Nord-Ouest en 1988. Mais comme le transfert de responsabilités ne visait que les services habituellement assurés par les provinces, le programme de SSNA et certains autres programmes de santé nationaux ont été exclus. Une entente comparable a été conclue avec le Yukon en 1997.

En 1988, le gouvernement fédéral a signé avec le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest un accord sur l'administration des services de santé, y compris le programme de SSNA. Lorsque le Nunavut a été créé en avril 1999, l'accord a été élargi au gouvernement du Nunavut. Les deux gouvernements reçoivent un financement annuel pour l'administration courante des SSNA. Les critères du programme, l'admissibilité et les tarifs ont été établis par le gouvernement fédéral et tout contrat de plus de 50 000 $ doit faire l'objet d'une approbation écrite du ministre de la Santé. La situation est un peu différente au Yukon, la gestion des SSNA ayant été transférée aux collectivités autochtones plutôt qu'au gouvernement du Yukon.

Comme les populations sont dispersées et qu'il existe des pénuries chroniques de ressources, chaque gouvernement territorial doit chercher avant tout à assurer la prestation du plus grand éventail possible de services de soins de santé primaires. Bien que limité, cet objectif est difficile à atteindre. Une forte proportion de la demande de services hospitaliers et de services avancés de diagnostic est comblée par le biais d'ententes de services conclues avec diverses provinces.

Tableau 10.3
Transferts fédéraux aux gouvernements territoriaux

	Démographie		Accord fiscal (sources de revenu) 2001-2002		
	Population totale	Population autochtone	Méthode de financement préétablie pour les territoires	Transfert des services sociaux et de santé	% des revenus estimés du territoire provenant des paiements de transfert
Territoires du Nord-Ouest	40 900	47,7 %	510 000 000 $	55 000 000 $	57 %
Nunavut	28 200	85 %	611 000 000 $	31 000 000 $	84 %
Yukon	29 900	20,1 %	346 000 000 $	33 000 000 $	70 %

Nota : Les chiffres sur la population autochtone sont tirés des données du recensement de 1996 de Statistique Canada.
Source : Canada. Ministère des Finances 2002b.

(Brown 2000). La seule exception notable est le Yukon, qui a conclu un accord sur l'autonomie gouvernementale en 1994. Cet accord stipule que le Yukon est responsable de « la prestation de soins médicaux et de services de santé aux citoyens, sauf l'agrément et la réglementation des services offerts à partir d'installations situées à l'extérieur des terres désignées » (Canada. Ministère de la Justice 1994).

Durant une bonne part de l'histoire des territoires, les autorités fédérales ont géré et dispensé directement des services dans les hôpitaux, les cliniques et autres centres de santé. Au début des années 1980, le gouvernement fédéral a commencé à transférer la responsabilité des services de soins de santé aux gouvernements territoriaux. La responsabilité des services de santé a été confiée aux Territoires du Nord-Ouest en 1988. Mais comme le transfert de responsabilités ne visait que les services habituellement assurés par les provinces, le programme de SSNA et certains autres programmes de santé nationaux ont été exclus. Une entente comparable a été conclue avec le Yukon en 1997.

En 1988, le gouvernement fédéral a signé avec le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest un accord sur l'administration des services de santé, y compris le programme de SSNA. Lorsque le Nunavut a été créé en avril 1999, l'accord a été élargi au gouvernement du Nunavut. Les deux gouvernements reçoivent un financement annuel pour l'administration courante des SSNA. Les critères du programme, l'admissibilité et les tarifs ont été établis par le gouvernement fédéral et tout contrat de plus de 50 000 $ doit faire l'objet d'une approbation écrite du ministre de la Santé. La situation est un peu différente au Yukon, la gestion des SSNA ayant été transférée aux collectivités autochtones plutôt qu'au gouvernement du Yukon.

Comme les populations sont dispersées et qu'il existe des pénuries chroniques de ressources, chaque gouvernement territorial doit chercher avant tout à assurer la prestation du plus grand éventail possible de services de soins de santé primaires. Bien que limité, cet objectif est difficile à atteindre. Une forte proportion de la demande de services hospitaliers et de services avancés de diagnostic est comblée par le biais d'ententes de services conclues avec diverses provinces.

Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, tous les résidents, peu importe le groupe ethnique auquel ils appartiennent, ont accès aux services de santé. Paradoxalement, les seules règles qui empêchent les gens d'avoir accès aux services sont celles qui ont été établies par le gouvernement fédéral pour le programme de SSNA destiné aux Premières nations et aux Inuits.

Sans idéaliser la situation, rappelons que les territoires du Nord ont réussi à trouver un juste équilibre entre la protection des modes de vie traditionnels de différents groupes et collectivités et l'adoption de politiques sociales adaptées aux valeurs communes de tous les résidents. En effet, ils ont établi un mode de citoyenneté qui met l'accent sur la solidarité entre tous les groupes et cultures tout en respectant les différences culturelles et ethniques de leurs populations. Ce modèle devrait servir d'exemple au reste du Canada.

Compte tenu des problèmes et des disparités auxquels font face les Autochtones dans les différentes régions du Canada et des défis particuliers que doivent relever les populations dans le Nord, les recommandations qui suivent portent sur des accords de financement et de gestion radicalement nouveaux qui permettront de résoudre ces problèmes et — surtout — d'améliorer la santé des Autochtones.

UNE SOLUTION INNOVATRICE

RECOMMANDATION 42 :

Le financement actuel des services de santé dispensés aux Autochtones par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones devrait être consolidé et faire l'objet d'un seul budget dans chaque province et territoire et devrait servir à intégrer les services de soins de santé aux Autochtones, à en améliorer l'accès et à assurer un financement adéquat, stable et prévisible.

RECOMMANDATION 43 :

Les budgets consolidés devraient servir à financer des partenariats pour la santé autochtone qui seraient responsables d'élaborer des politiques, de fournir des services et d'améliorer la santé de la population autochtone. Ces partenariats pourraient revêtir de nombreuses formes et devraient prendre en compte les besoins, les caractéristiques et la situation de la population qu'ils desservent.

Une approche de la santé misant sur le partenariat

Actuellement, il existe trois grandes solutions pour le financement, l'organisation et la prestation de services de soins de santé aux Autochtones :

- Le statu quo, Santé Canada continuant de négocier des accords individuels avec les collectivités pour le transfert de fonds et de la responsabilité en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé.
- L'approche recommandée par la Commission royale sur les peuples autochtones qui établirait un lien entre la prestation de services de santé et de grands objectifs d'expansion des modèles d'autonomie gouvernementale des Autochtones dans tout le pays (CRPA 1996).

- Une approche plus récente suivant laquelle les services de santé destinés aux Autochtones devraient être intégrés dans les systèmes de santé provinciaux et relever de la responsabilité des gouvernements provinciaux (Richards 2002).

Inutile de dire que chacune de ces approches a ses défenseurs et ses critiques. Le transfert de responsabilités de Santé Canada aux groupes autochtones n'est pas dénué de succès mais il n'a pas permis de trouver des solutions satisfaisantes aux problèmes concernant l'obligation de rendre compte, la transparence et le développement des capacités au sein des communautés autochtones. L'approche axée sur l'autonomie gouvernementale exige le règlement par les gouvernements et les Autochtones ou les tribunaux d'un certain nombre de questions constitutionnelles très complexes et de nature à semer la division. Le transfert de responsabilités aux provinces ne tient pas compte de la responsabilité constitutionnelle du gouvernement fédéral et requerrait l'acheminement aux provinces de fonds déjà transférés aux communautés autochtones. Il ne garantit pas non plus que les Autochtones aient leur mot à dire dans la façon dont les services seront organisés et dispensés.

« (...) l'un des ingrédients essentiels de systèmes de santé efficaces destinés aux Autochtones est la participation de tous les paliers de gouvernement concernés à la réforme des services de santé. »

ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES 2001. MÉMOIRE.

Vu les difficultés liées à chacune de ces approches, une solution innovatrice est proposée, qui consisterait à mettre en commun les ressources existantes fournies par les gouvernements et les organisations autochtones et à les intégrer dans des fonds consolidés servant à améliorer la santé et les soins de santé des Autochtones. Cette solution prévoit en outre la création de nouveaux partenariats pour la santé autochtone qui se chargeraient de l'organisation et de la coordination des soins de santé et verraient à combler les besoins de santé des Autochtones.

Cette approche abat toutes les cloisons administratives et politiques existantes et met l'accent sur les soins de santé. C'est une approche pratique qui respecte les valeurs exprimées si souvent devant la Commission par des organisations et des particuliers d'origine autochtone et non autochtone. Elle s'appuie sur la compréhension des divers milieux et collectivités autochtones tout en tenant compte de leur diversité. Elle pourrait également donner des résultats susceptibles de s'appliquer à d'autres communautés et à d'autres milieux au pays. Enfin, il s'agit d'une approche pouvant servir de modèle pour diverses méthodes de prestation des soins de santé primaires dans différents milieux. Et, de toute évidence, des Autochtones comme des non-Autochtones pourraient participer aux partenariats créés.

Bref, cette approche :

- englobe les éléments positifs des initiatives de transfert déjà en cours en veillant à ce que les services soient conçus et dispensés conformément aux besoins des différentes communautés autochtones;
- voit à ce que les divers accords et arrangements qui ont été négociés au cours des ans soient pris en considération;
- tient compte du fait que le statut politique et constitutionnel de la population autochtone au Canada évolue constamment. L'approche proposée est suffisamment souple pour s'ajuster à toute évolution et aux différents modèles d'autonomie gouvernementale envisagés pour l'avenir;

- prévoit la participation des deux paliers de gouvernements et des organisations autochtones à la mise sur pied d'importants partenariats assujettis à une obligation de rendre compte;
- est équitable en ce qu'elle fonctionnerait pour diverses communautés autochtones peu importe l'endroit, la collectivité, leur statut ou les besoins en matière de santé;
- reconnaît le rôle essentiel que doit jouer la population autochtone dans la définition et la mise en oeuvre des programmes visant à répondre aux besoins de ses membres.

Cadres et financement

La première étape consiste à conclure un accord-cadre avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones concernant la façon dont les fonds seront consolidés dans certaines provinces et certains territoires. Ces accords-cadres établiraient les conditions de base pour la consolidation des fonds et leur affectation aux services de santé destinés aux Autochtones.

Bien qu'on puisse être tenté d'envisager un cadre national unique, un tel modèle risque de ne pas être applicable, vu la diversité des cultures, des langues, des besoins et des situations dans les différentes régions du pays. Des accords-cadres devraient plutôt être négociés dans chaque province ou territoire. On disposerait ainsi de la souplesse nécessaire pour adapter des approches innovatrices dans les diverses provinces et les territoires. Cela n'empêcherait pas la négociation d'accords-cadres entre plus d'une province ou d'un territoire, en particulier lorsque les réserves chevauchent des frontières interprovinciales, que les membres de collectivités particulières franchissent continuellement ces frontières ou qu'il y a suffisamment de similitude entre les groupes autochtones dans différentes provinces pour qu'un accord-cadre commun convienne.

Les deux paliers de gouvernements qui contribuent au budget consolidé, de même que les organisations autochtones (surtout à l'échelle des bandes ou à l'échelle locale) dans une province ou un territoire contrôlant actuellement (ou contrôlera dans l'avenir) une partie des fonds destinés aux services de santé, devraient participer aux négociations entourant ces accords-cadres. Encore une fois, étant donné les divers accords de transfert qui ont été négociés au pays, il est fort probable que les groupes représentés à la table de négociation différeront radicalement d'une région à l'autre.

Bien que l'on doive envisager une certaine diversité, tous les accords-cadres devraient :

- décrire les conditions selon lesquelles chacun des partenaires financiers accepte de participer à la consolidation des fonds;
- veiller à ce que chaque palier de gouvernement continue de rendre compte à son propre organe législatif;
- veiller à ce que chaque organisation autochtone participante continue de rendre compte à ses membres;
- décrire les conditions suivant lesquelles chacun des partenaires financiers peut se retirer de l'accord et d'un partenariat particulier pour la santé autochtone;
- donner à comprendre que les fonds consolidés demeurent en fait « latents » jusqu'à la création de partenariats pour la santé autochtone dans certaines collectivités, partenariats qui auront des mandats leur permettant de puiser dans ces fonds consolidés. Les accords actuels de financement et de prestation de services demeureraient en place jusqu'à ce que les partenariats pour la santé autochtone soient établis.

Pour ce qui est du financement, les fonds fédéraux, provinciaux et territoriaux combinés et les fonds transférés aux organisations autochtones assurent un financement stable et substantiel des programmes et services de soins de santé destinés aux Autochtones. Comme nous l'avons souligné précédemment, des sommes importantes ont été transférées à certaines communautés des Premières nations et communautés inuites. L'approche fragmentée actuelle ne permet ni aux Autochtones ni aux gouvernements de tirer le meilleur parti des sommes dépensées. Elle ne permet pas non plus aux décideurs d'utiliser les ressources disponibles de façon concertée pour modifier les comportements en matière de santé ou les services de santé. En plus de résoudre ces problèmes, un fonds consolidé permettrait à tous les peuples autochtones de bénéficier de cette aide et ce, peu importe leur statut, l'endroit où ils se trouvent et leurs besoins en matière de santé.

Les accords-cadres provinciaux et territoriaux prévoiraient un budget consolidé annuel. Les sommes seraient prélevées dans les fonds consolidés au prorata de la population pour financer certains partenariats pour la santé autochtone desservant des populations, des collectivités ou des régions données à l'intérieur d'une province ou d'un territoire. Avant de recevoir les fonds, les partenariats seraient tenus de présenter des plans détaillés et de démontrer leur capacité à coordonner et à dispenser des services conformément à leurs plans. Tant et aussi longtemps que ces partenariats ne sont pas établis, les fonds demeureraient sous le contrôle du gouvernement ou de l'organisation autochtone qui les détient actuellement.

Création de partenariats pour la santé autochtone

Les partenariats pour la santé autochtone pourraient être constitués de différentes manières. L'important est qu'ils tiennent compte des besoins et de la situation des collectivités et des personnes qu'ils desservent. Comme l'a dit un participant au forum sur les Autochtones, « ce qui fonctionne c'est une approche centrée sur la communauté et pas une approche à l'emporte-pièce, une politique créée dans une région lointaine qui nous est imposée » [*Traduction*] (ONSA 2002). Dans certains cas, les collectivités qui disposent de structures gouvernementales autonomes pourraient jouer un rôle important dans le contrôle et la gestion des programmes de santé. C'est particulièrement vrai dans le cas des collectivités autonomes qui desservent une population et une région données et où il est possible de mobiliser les ressources de façon systématique et stable. Par ailleurs, les Autochtones vivant en milieu urbain pourraient être mieux servis par des équipes ou des réseaux de dispensateurs de soins. Citons comme exemple de cette approche l'Indian Health Service, aux États-Unis, qui gère maintenant des centres intégrés de santé dans les régions urbaines (Indian Health Service 2001; Kunitz 1996).

Les partenariats pour la santé autochtone devraient intégrer les caractéristiques positives de certaines des initiatives les plus efficaces en cours dans différentes régions du pays, notamment le programme Eskasoni en Nouvelle-Écosse, la Northern Health Strategy en Saskatchewan, le Pangnirtung Health Centre au Nunavut ou le projet Anishnawbe à Toronto. Voici quelques-unes de ces caractéristiques :

- Réorganiser les services de soins en fonction de la prévention et des soins de santé primaires afin d'utiliser les ressources disponibles les plus proches pour répondre aux besoins des Autochtones.
- Intégrer les programmes et les ressources de façon à tenir compte des aspects de la maladie et de la santé en général qui sont liés tant à la politique sociale qu'à la politique de la santé.

- Utiliser une approche axée sur le travail en réseau pour offrir un continuum de services, en particulier dans le cas des services et les soins qui ne sont pas offerts dans la collectivité.
- Assurer un financement stable qui correspond à la fois aux objectifs de santé et aux objectifs sociaux.
- Développer les capacités des collectivités en gestion de la santé et des affaires sociales.

Le fonctionnement des partenariats pour la santé autochtone devrait reposer sur un certain nombre de principes communs.

- **Les partenariats devraient adopter une approche holistique de la santé** — Les partenariats ne devraient pas se limiter aux petits problèmes de santé et devraient se pencher plutôt sur les conditions plus générales qui aident à développer les capacités et à améliorer l'état de santé des personnes et des collectivités, telles que la nutrition, le logement, l'éducation, l'emploi, etc. Les partenariats devraient être utilisés pour abattre les cloisons entre les politiques sociales et les politiques de santé et s'attaquer aux causes sous-jacentes des problèmes de santé des Autochtones. Ils devraient s'intéresser non seulement aux conditions et besoins locaux mais également aux questions générales qui affectent les Autochtones de toutes les régions du pays. Les provinces et les territoires qui gèrent des activités, des programmes et des ressources de base en santé devraient y participer activement.
- **Les services doivent être adaptés aux réalités des communautés autochtones** — Les approches qui tentent d'adapter les services de santé aux réalités sociales et culturelles de différentes collectivités autochtones sont celles qui donnent les meilleurs résultats. De toute évidence, les barrières sociales et culturelles peuvent entraver la prestation de services de soins, et les soins qui en résultent peuvent être incomplets et impersonnels. Si les programmes et les services sont adaptés à la situation locale, il est non seulement plus facile de déceler les besoins en matière de soins de santé des individus mais également d'atteindre des objectifs qui dépassent le problème de santé immédiat et de s'intéresser aux conditions sociales qui peuvent améliorer la santé. On peut adapter les services en faisant participer directement les Autochtones à la définition des besoins et des modes d'organisation et de prestation des services. Le processus devrait refléter les valeurs ancrées dans les traditions politiques et culturelles des différents peuples autochtones.
- **Les partenariats devraient refléter les besoins spécifiques des communautés qu'ils desservent** — Il n'existe pas de modèle unique acceptable, étant donné les besoins variés des communautés autochtones. Les partenariats devraient être organisés et gérés d'une manière adaptée aux besoins particuliers et à la situation de chaque population autochtone et de chaque collectivité. Par exemple, des partenariats pourraient être créés à l'échelle régionale, communautaire ou locale suivant les besoins et les préférences des Autochtones.

Fonctionnement des partenariats

Les éléments clés suivants décrivent la façon dont les partenariats pour la santé autochtone devraient fonctionner :

- Un financement au prorata de la population serait prévu dans les budgets consolidés de chaque province, territoire ou région en fonction du nombre d'Autochtones acceptant

d'être desservis par le partenariat, de même que du nombre de non-Autochtones intéressés à être desservis par le partenariat.

- Les partenariats fonctionneraient selon un modèle qui confie à l'organisation une enveloppe financière globale et la rend responsable de l'organisation, de l'achat et de la prestation de services de soins, ce qui pourrait comporter aussi bien l'établissement de réseaux de soins de santé primaires que des organisations plus intégrées chargées de gérer un éventail plus large de services.
- Le partenariat pour la santé autochtone serait responsable d'adapter les services de soins aux réalités culturelles et sociales des Autochtones :
  - en élaborant et organisant des services de soins de santé qui tiennent compte des réalités sociales, culturelles, linguistiques et économiques particulières de la population desservie;
  - en améliorant l'accès aux soins de santé primaires, aux soins aigus et aux soins diagnostiques avancés destinés aux Autochtones;
  - en recrutant des dispensateurs de soins provenant de communautés autochtones, en élargissant leurs possibilités d'emploi et en multipliant les initiatives de formation destinées aux dispensateurs de soins non autochtones afin de les préparer à fournir des services aux patients autochtones à l'intérieur et à l'extérieur de leur communauté.
- Le partenariat serait responsable des fonds et devrait démontrer qu'ils sont utilisés pour offrir des services de santé et des services connexes aux Autochtones. Le partenariat devrait être constitué en société sans but lucratif, dirigée par un conseil d'administration formé de représentants des bailleurs de fonds (organisations autochtones exerçant un contrôle direct sur les fonds affectés à la prestation de services de santé avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux) et d'autres personnes ayant participé à la création du partenariat (p. ex. principaux organisateurs, utilisateurs et dispensateurs de soins).

Structures de direction et obligation de rendre compte

Les structures proposées en matière de direction et d'obligation de rendre compte revêtent un caractère nouveau puisque les responsabilités envisagées pour les membres de conseil d'administration des partenariats outrepassent celles prévues dans les modèles en place dans les systèmes de santé au Canada aujourd'hui. Une organisation détentrice d'une enveloppe capable d'acheter des services des autorités régionales de la santé, des hôpitaux ou d'autres organisations de la santé, ou de signer des contrats de services avec eux, est aussi quelque chose de nouveau au Canada, bien qu'il existe certaines similitudes avec les responsabilités des autorités régionales de la santé de certaines provinces.

Il faut établir des modalités précises concernant les responsabilités du partenariat pour la santé autochtone et ses obligations de rendre compte de sa gestion. Ces modalités devraient comporter :

- un mandat explicite confié au partenariat;
- de l'information à jour sur les indicateurs de performance;
- la capacité de prendre des décisions en se fondant sur les meilleures données disponibles.

Il devrait y avoir des mécanismes permettant au partenariat de discuter des solutions de rechange, d'échanger des idées et de publier des comptes financiers accessibles à toutes les personnes concernées.

Étant donné qu'il s'agit d'une idée nouvelle tant pour les gouvernements que pour les Autochtones, il faudra probablement du temps avant qu'un nombre important de ces partenariats ne voient le jour. Il s'agit d'une approche raisonnable qui nous permet d'essayer différentes stratégies et d'évaluer leur impact. Entre temps, provinces, territoires, gouvernement fédéral, dirigeants et communautés autochtones doivent explorer ensemble cette approche et continuer de donner plus d'ampleur et d'améliorer les programmes et services de santé destinés aux Autochtones.

Scénarios possibles concernant les partenariats pour la santé autochtone

Les paragraphes précédents faisaient état de certaines des caractéristiques essentielles indispensables au fonctionnement des partenariats pour la santé autochtone. Quelle forme prendraient ces partenariats et que feraient-ils? Les scénarios qui suivent décrivent la façon dont un partenariat pour la santé autochtone fonctionnerait tant en milieu urbain que dans une communauté autochtone.

Trois modèles différents peuvent être envisagés comme points de départ :

- Un modèle de partenariat régional conçu pour tous les individus voulant recevoir des services de santé intégrés et adaptés à leur culture dans une région donnée;
- Un modèle d'initiative communautaire pour une collectivité ou un petit nombre de collectivités ayant en commun certaines caractéristiques historiques, linguistiques et culturelles;
- Un modèle de partenariat local fondé sur des équipes de professionnels de la santé et d'autres intervenants concernés, où les services sont principalement destinés aux Autochtones en milieu urbain.

Les trois exemples ci-dessous ne sont donnés qu'à titre d'illustrations. La façon dont fonctionnerait réellement un partenariat pourrait différer sensiblement de ce qui est décrit dans les trois exemples. S'il existe, par exemple, un certain nombre de partenariats dans une province, ceux-ci pourraient vouloir établir un cadre provincial pour les services hospitaliers et diagnostiques spécialisés, tout en permettant des variations importantes dans la façon dont les services de soins de santé primaires sont dispensés. Les partenariats ayant comme mandat initial d'offrir un éventail particulier de services pourraient se développer au fil des années au gré de leur capacité à coordonner et à intégrer divers services. Cette solution a l'avantage d'assurer une transition plus souple qu'une prise en charge subite de tout un éventail de services, le rôle et les responsabilités du partenariat évoluant ou augmentant conformément à un échéancier prédéterminé mais flexible.

Partenariat régional pour la santé autochtone

Un partenariat régional pour la santé autochtone pourrait s'inspirer des autorités ou régies régionales de la santé qui existent actuellement dans de nombreuses provinces. Diverses communautés autochtones dans une région d'une province pourraient décider ensemble des services de santé dont elles ont besoin ainsi que des modalités d'accès ou de prestation. Les communautés créeraient un conseil d'administration pour le partenariat, qui comprendrait des représentants des communautés desservies, des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organisations autochtones concernées. Le partenariat pour la santé autochtone pourrait décider de conserver la responsabilité des initiatives dans le domaine de la santé publique et de la prestation des services de soins de santé primaires dans certaines ou dans l'ensemble des communautés concernées. L'éventail particulier de services offerts dans une collectivité dépendrait de sa taille et de la capacité du partenariat à fournir les ressources humaines et financières requises. Les partenariats pourraient décider de fonctionner dans le cadre des régies régionales de la santé existantes et conclure des ententes de services pour la prestation de services diagnostiques et de soins aigus ou d'autres services de soins de santé. Ces ententes de services devraient être conçues de manière à ce que les services offerts par les régies de la santé soient adaptés à la culture des communautés. En effet, le partenariat « achèterait » les services de santé au nom de ses membres et serait en mesure de négocier les conditions de prestation de ces services.

Partenariat communautaire pour la santé autochtone

Un partenariat communautaire pour la santé autochtone pourrait être créé soit par une seule collectivité autochtone, soit par un petit nombre de collectivités agissant de concert. La population de ces collectivités devrait être assez nombreuse pour soutenir les services offerts. Le conseil d'administration serait formé de représentants du (des) conseil(s) de bande, du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial ou territorial et de plusieurs personnes provenant de la collectivité autochtone. Le partenariat recevrait des fonds du conseil de bande, des gouvernements fédéral, provincial ou territorial, et ces fonds seraient déterminés en fonction du nombre de personnes dans la collectivité. Le partenariat serait chargé de prendre des décisions concernant l'utilisation des fonds. Il serait indépendant des structures politiques de la collectivité et serait responsable en particulier des questions de santé et des questions connexes. Il pourrait planifier et offrir tout un éventail de services de santé publique, de soins de santé primaires et de services sociaux visant principalement à répondre aux besoins locaux. Les services offerts seraient adaptés aux traditions culturelles de la communauté. Le partenariat pourrait également signer des contrats avec une autorité régionale de la santé concernant la prestation de services hospitaliers et de services diagnostiques avancés.

Partenariat pour la santé autochtone en milieu urbain

Un partenariat pour la santé autochtone en milieu urbain pourrait être mis sur pied par un groupe de professionnels de la santé et des Autochtones insatisfaits des services offerts dans une ville donnée et souhaitant obtenir des services mieux coordonnés et mieux adaptés à leur culture. Le partenariat serait dirigé par un conseil d'administration formé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'organisations autochtones et non autochtones et de certains dispensateurs de soins participant à la nouvelle approche. Une fois le partenariat mis en place, les citadins autochtones pourraient « s'inscrire » pour obtenir des soins de santé primaires du partenariat. Celui-ci recevrait des fonds pour toutes les personnes inscrites. Il se servirait de ces fonds pour fournir ou acheter des services de soins de santé primaires et d'autres services de soins de santé. Il pourrait négocier des contrats avec les autorités locales de la santé ou le conseil d'administration de l'hôpital concernant la prestation de services de soins aigus et de services diagnostiques avancés. Il pourrait établir un réseau de liens avec des organismes de services sociaux et des écoles de façon à pouvoir s'attaquer aux problèmes de pauvreté, de logement et d'éducation.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Les recommandations présentées dans le présent chapitre sont centrées sur les besoins des Autochtones et insistent sur la nécessité d'un effort concerté en vue d'éliminer les disparités importantes et persistantes entre Autochtones et non-Autochtones en matière de santé. Nous proposons de nouvelles idées et des solutions innovatrices – qui invitent les membres des collectivités autochtones, leurs dirigeants et les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral à oublier les problèmes de financement, les pratiques passées et les conflits politiques et à se concentrer sur l'objectif primordial, à savoir l'amélioration de la santé des Autochtones.

Pour les Canadiens non autochtones, cela signifie que des mesures délibérées seront prises pour améliorer la santé des Autochtones. Eux aussi veulent que les choses progressent. Ils souhaitent que leurs voisins et amis autochtones jouissent d'un état de santé et de services publics de santé comparables à ceux de la grande majorité des Canadiens.

Il appartiendra aux dirigeants autochtones et aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de relever le défi dont il est ici question. Pour mettre en oeuvre les recommandations contenues dans le présent chapitre, améliorer la santé des Autochtones, celle des enfants en particulier, et raviver leurs espoirs, toutes les parties devront se témoigner une confiance mutuelle et faire preuve de bonne volonté.

Partenariat pour la santé autochtone en milieu urbain

Un partenariat pour la santé autochtone en milieu urbain pourrait être mis sur pied par un groupe de professionnels de la santé et des Autochtones insatisfaits des services offerts dans une ville donnée et souhaitant obtenir des services mieux coordonnés et mieux adaptés à leur culture. Le partenariat serait dirigé par un conseil d'administration formé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'organisations autochtones et non autochtones et de certains dispensateurs de soins participant à la nouvelle approche. Une fois le partenariat mis en place, les citadins autochtones pourraient « s'inscrire » pour obtenir des soins de santé primaires du partenariat. Celui-ci recevrait des fonds pour toutes les personnes inscrites. Il se servirait de ces fonds pour fournir ou acheter des services de soins de santé primaires et d'autres services de soins de santé. Il pourrait négocier des contrats avec les autorités locales de la santé ou le conseil d'administration de l'hôpital concernant la prestation de services de soins aigus et de services diagnostiques avancés. Il pourrait établir un réseau de liens avec des organismes de services sociaux et des écoles de façon à pouvoir s'attaquer aux problèmes de pauvreté, de logement et d'éducation.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Les recommandations présentées dans le présent chapitre sont centrées sur les besoins des Autochtones et insistent sur la nécessité d'un effort concerté en vue d'éliminer les disparités importantes et persistantes entre Autochtones et non-Autochtones en matière de santé. Nous proposons de nouvelles idées et des solutions innovatrices – qui invitent les membres des collectivités autochtones, leurs dirigeants et les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral à oublier les problèmes de financement, les pratiques passées et les conflits politiques et à se concentrer sur l'objectif primordial, à savoir l'amélioration de la santé des Autochtones.

Pour les Canadiens non autochtones, cela signifie que des mesures délibérées seront prises pour améliorer la santé des Autochtones. Eux aussi veulent que les choses progressent. Ils souhaitent que leurs voisins et amis autochtones jouissent d'un état de santé et de services publics de santé comparables à ceux de la grande majorité des Canadiens.

Il appartiendra aux dirigeants autochtones et aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de relever le défi dont il est ici question. Pour mettre en oeuvre les recommandations contenues dans le présent chapitre, améliorer la santé des Autochtones, celle des enfants en particulier, et raviver leurs espoirs, toutes les parties devront se témoigner une confiance mutuelle et faire preuve de bonne volonté.

SANTÉ ET MONDIALISATION

Orientations proposées

- ***Prendre des dispositions claires et immédiates pour protéger le système de santé canadien contre d'éventuelles contestations aux termes du droit international et des accords commerciaux internationaux et pour bâtir des alliances au sein de la communauté internationale.***
- ***Piloter les efforts déployés à l'échelle internationale pour améliorer la santé et consolider les systèmes de santé des pays en développement.***
- ***Réduire notre recours aux professionnels de la santé des pays en développement.***

ARGUMENTS EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Il suffit de parler de « mondialisation » pour évoquer immédiatement dans l'esprit de la plupart des gens l'interconnexion croissante des économies, la mobilité accrue des personnes et des capitaux, l'essor de multinationales gigantesques, les accords commerciaux internationaux ainsi que l'utilisation de la technologie de l'information pour créer des liens immédiats entre les marchés du monde entier. Mais, dans les faits, la mondialisation implique bien plus que des enjeux économiques. La mondialisation a des répercussions politiques, sociales et culturelles sur pratiquement tous les aspects de notre société.

Bien que la mondialisation n'ait pas reçu de définition universelle, la plupart des observateurs s'entendent sur le fait qu'elle accroît le mouvement et les échanges dans les domaines suivants :

- les produits et services, grâce aux échanges directs entre nations;
- les capitaux, dont les investissements d'entreprises ou de particuliers étrangers;
- la main-d'œuvre, dont les perspectives d'emploi au-delà des frontières nationales;
- l'information, par le recours à l'Internet et à d'autres technologies des communications servant à transmettre et à partager l'information.

Il importe de comprendre comment les soins de santé s'inscrivent dans le contexte international global. D'aucuns craignent que les accords commerciaux internationaux n'aient des répercussions sur notre système de santé et sur les réformes futures qui pourraient y être

apportées. D'autres, au contraire, prétendent que le système de santé du Canada est à l'abri des contrecoups des accords commerciaux. De part et d'autre, les arguments doivent être soupesés, mais il ne fait aucun doute que le Canada peut et doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer l'avenir de son système de santé et le prémunir contre les éventuels effets des accords commerciaux internationaux et des lois connexes. Le Canada peut également saisir l'occasion de jouer un rôle prépondérant en partageant son savoir-faire et en aidant les pays en développement à améliorer leurs propres systèmes de santé et la santé de leurs citoyens.

LA MONDIALISATION ET SES RETOMBÉES POUR LE CANADA

La mondialisation se caractérise davantage par la rapidité à laquelle s'opèrent les changements économiques et politiques que par l'orientation proprement dite de ces changements (Helliwell 2000). Effectivement, les phénomènes de la libéralisation du commerce, la déréglementation et le regroupement des sociétés multinationales étaient déjà à l'œuvre pendant la majeure partie du vingtième siècle. Si certains prétendent que le monde n'est pas plus « mondialisé » aujourd'hui qu'il ne l'était à l'époque où les puissances coloniales mettaient à profit leurs vastes empires pour créer des mouvements internationaux sans précédent des produits et des personnes, c'est la rapidité qui fait aujourd'hui toute la différence. Les réseaux mondiaux de communication ont accru la mobilité des capitaux et, grâce aux coûts de transport relativement faibles, les marchandises et services peuvent être produits et expédiés au bout du monde plus rapidement, à meilleur marché et en plus grandes quantités.

La rapidité accrue de ces changements a amplifié l'intensité des débats entre ceux qui considèrent la mondialisation comme une tendance positive et ceux qui y voient une grave menace. D'une part, la mondialisation estompe les frontières entre les pays, les peuples et les idées. La technologie des communications atténue l'importance du lieu et de la distance. Les communications sont maintenant instantanées et les produits et services ainsi que les idées et informations les plus récentes peuvent provenir de presque partout au monde. Les règles du commerce international s'harmonisent de plus en plus. Et nous sommes davantage au courant de ce qui se passe dans d'autres régions du monde et de la façon dont nos actes et politiques se répercutent dans le monde entier.

La mondialisation est également source de division. D'un côté, si elle a fait tomber de nombreuses barrières entre pays, elle semble également avoir suscité un nationalisme accru, des conflits ethniques, du protectionnisme et de la résistance à la libéralisation du commerce. D'un autre côté, les pays qui autrefois pouvaient restreindre l'accès de leurs citoyens à l'information ou limiter les influences extérieures sont de moins en moins capables de limiter le flot des informations provenant de l'extérieur et circulant sur Internet. Aussi la mondialisation peut-elle pousser certains pays à « ériger des murs » pour protéger leur espace économique, politique et social qu'ils considèrent comme menacé (Turenne-Sjolander 1996). De plus, les opposants à la mondialisation craignent qu'il ne soit porté atteinte à la souveraineté des pays et citent des études qui font ressortir les disparités croissantes entre les peuples des pays fortement développés et industrialisés et ceux des pays en développement les plus pauvres (PNUD 2002).

Avec ces tensions croissantes, il ne faut pas s'étonner que les institutions internationales chargées de promouvoir et de développer le commerce international se retrouvent de plus en plus souvent au cœur de débats passionnés sur la politique internationale et intérieure. La Banque mondiale, l'Organisation mondiale du commerce et le Fonds monétaire international suscitent des conflits et des débats politiques intenses alors qu'on tente de leur faire justifier leurs actions auprès des gouvernements qui les ont créés.

Il est ironique de constater par ailleurs que partisans et détracteurs de la mondialisation anticipent les uns comme les autres le même résultat — un monde sans frontières où les capitaux, la main-d'œuvre, les produits et les services, les idées et l'information circulent sans être entravés par les frontières nationales ou les politiques intérieures. Selon les perspectives, cela peut être un signe positif de l'unification du monde ou encore sembler représenter une grave menace à l'indépendance et à l'autonomie des diverses nations.

Cette mondialisation croissante ne signifie pas pour autant que les frontières nationales sont sans importance. Les frontières nationales orientent encore et de façon tangible nos milieux politiques, nos préférences politiques et notre comportement économique (McCallum 1995). Quels que soient les effets de la mondialisation, il ne faut pas présumer qu'elle se joue des frontières et que les réseaux officiels et moins officiels qui ont été tissés au sein des diverses nations et qui assurent la cohésion de ces États sont devenus inutiles. Par exemple, en dépit des nombreux échanges commerciaux entre les provinces canadiennes et les États-Unis (p. ex. entre l'Ontario et les États du Midwest américain ou entre la Colombie-Britannique et les États du Nord-Ouest du Pacifique), les liens politiques, économiques et culturels qui unissent l'Est et l'Ouest du Canada restent forts et continuent de nous définir en tant que nation. De plus, les petites économies nationales et régionales ne sont pas moins viables qu'avant l'ère de la mondialisation et continuent de bien se classer, si l'on se fie aux indicateurs économiques généraux (p. ex. le PIB par habitant) ainsi qu'aux indicateurs de bien-être et de satisfaction des citoyens. On pourrait en déduire que la mondialisation ne compromet pas nécessairement l'indépendance des petites économies (Helliwell 2000).

La question n'est donc pas forcément de savoir si la mondialisation est favorable ou défavorable pour le Canada. Le Canada est, et restera, une nation commerçante qui entretient des relations internationales solides. Au contraire, il faut plutôt chercher à déterminer les mesures qui peuvent et doivent être prises pour éviter que l'interdépendance économique croissante de pays comme le nôtre ne compromette notre capacité à arrêter nos orientations politiques, économiques et sociales, y compris en ce qui concerne les soins de santé. Par le passé, en raison de sa taille relative, en particulier par rapport aux États Unis, le Canada s'est subordonné aux règles (tel un pays qui accepte les règles imposées par des pays plus puissants) plutôt qu'il ne les a prescrites (tel un pays qui oeuvre à l'établissement des règles avec d'autres pays aux vues semblables). Mais aujourd'hui, alors que les pays adhèrent en plus grand nombre à des accords internationaux et que les organisations commerciales internationales s'efforcent de tenir compte des intérêts sociaux de leurs membres tout en s'engageant à libéraliser les marchés, le Canada est bien placé pour mobiliser d'autres pays aux vues similaires afin de veiller à ce que les accords internationaux protègent notre politique sociale sans nous priver des avantages de l'intensification des échanges commerciaux.

Les soins de santé et les accords commerciaux internationaux

Les craintes entourant les effets potentiels de la mondialisation sur le système de santé canadien ont été pour la plupart alimentées par la perception que les accords commerciaux internationaux limitent les choix politiques des autorités fédérales, provinciales et territoriales en ce qui concerne le système de santé. À presque toutes les audiences publiques et tables rondes d'experts qu'a tenues la Commission, experts tout autant que simples citoyens ont fait valoir que le système de santé canadien devait être à l'abri des incidences des accords commerciaux internationaux, et plus particulièrement de l'Accord de libre-échange nord-américain et des divers accords négociés sous les auspices de l'Organisation mondiale du commerce.

Depuis les années 1980 surtout, des efforts considérables ont été mis en œuvre pour libéraliser le commerce international dans le cadre de divers accords commerciaux bilatéraux et multilatéraux. Au départ, ces accords avaient pour objectif de réduire les droits de douane et autres obstacles au commerce, mais leur portée s'est étendue et ils visent maintenant le commerce des services tout autant que la protection internationale de la propriété intellectuelle.

Le Canada fait partie d'un certain nombre d'accords commerciaux internationaux dont :

- l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), qui est issu d'un accord bilatéral conclu avec les États-Unis vers la fin des années 1980 et dont la portée a par la suite été étendue au continent nord-américain pour inclure le Mexique;
- l'Accord sur l'Organisation mondiale du commerce (OMC), qui succède à l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et qui constitue l'accord général sur le commerce des marchandises qu'administre l'OMC. L'OMC a été fondée en 1995 et elle sert de cadre institutionnel pour la négociation de divers accords commerciaux internationaux;
- l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), qui est entré en vigueur au moment de la création de l'OMC;
- l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), qui a été négocié sous les auspices de l'OMC et qui sera l'un des principaux points d'intérêt du cycle actuel des négociations de l'OMC.

Tous ces accords commerciaux internationaux ont pour objet de réduire les obstacles au commerce transfrontalier des marchandises tout autant que des services. Ils visent expressément à limiter la capacité des gouvernements d'adopter des politiques qui rendraient l'accès aux marchés internationaux indûment difficile. Chacun de ces accords exige des pays participants qu'ils soumettent leurs politiques à des mécanismes exécutoires de règlement des différends commerciaux. Ainsi, s'il estime qu'un pays membre limite indûment l'accès à ses propres marchés ou se livre à des pratiques qui avantagent injustement ses propres marchandises et services sur les marchés internationaux, un pays partie à un accord pourra s'en remettre à un groupe spécial de règlement de différends dont la décision sera exécutoire.

Les divers accords internationaux ont en commun plusieurs éléments importants. Tous prévoient un engagement en matière de traitement national, c'est-à-dire que les gouvernements participants acceptent d'accorder aux marchandises, services et investissements étrangers un traitement équivalent à celui qu'ils accordent à leurs propres fournisseurs des mêmes marchandises, services et investissements. Aux termes de l'ALENA, par exemple, le Canada doit

accorder aux investisseurs étrangers un traitement non moins favorable que celui qu'il accorde, « dans des circonstances analogues », à ses propres investisseurs. Des dispositions semblables figurent aussi dans l'AGCS (Lexchin et al. 2002).

Chacun des accords contient des exceptions et des réserves. Aux termes de l'ALENA, « les services sociaux établis ou fournis à une fin publique » sont exemptés de l'application dudit accord. Divers gouvernements canadiens qui se sont succédé ont maintenu que cette réserve protège le système public de santé de l'entière application des dispositions de l'ALENA et signifie que les services mis en place avant l'entrée en vigueur de l'Accord sont protégés. Cependant, il n'existe pas de définition précise de l'expression « service social » et on n'a jamais déterminé précisément ce qu'est un service établi « à une fin publique » (CCPA 2002, 8; Johnson 2002). De la même façon, nombre des obligations que le Canada a contractées en vertu de l'AGCS ne s'appliquent qu'à des services ou secteurs qui sont explicitement visés par l'Accord. Jusqu'ici, le Canada a choisi de ne pas assujettir ses services hospitaliers et tout un éventail de services de santé à l'AGCS, ni de les ouvrir à des investissements privés, ni de permettre à des entreprises étrangères d'en faire la prestation.

La complexité des divers accords est renversante. Il ne faut donc pas s'étonner des débats houleux et des désaccords qui séparent parfois les experts et même les gouvernements quant à la signification des accords et leur incidence potentielle.

Les défenseurs de la libéralisation accrue du commerce et de l'interdépendance économique soulignent que la politique sociale du Canada est protégée contre tout effet négatif éventuel par les clauses de sauvegardes prévues dans les accords commerciaux internationaux. Ils soutiennent que, dans le domaine de la santé, les accords non seulement protègent le système public de santé, mais permettent aussi aux provinces et territoires de le développer comme bon leur semble. Par ailleurs, ceux que l'intégration économique laisse sceptiques craignent que les programmes sociaux du Canada ne soient pas entièrement à l'abri et que les services publics soient un jour ou l'autre assujettis aux règles du commerce international. Certains redoutent que les accords obligent les États à ouvrir leur marché de services de santé aux entreprises étrangères privées à but lucratif.

D'un coté comme de l'autre, les allégations sont contestables et souvent fondées sur des interprétations de ce que les accords « pourraient » ou « devraient » signifier. Mais le plus frustrant est que les accords se prêtent à des équivoques. Seul un petit nombre de décisions juridiques ont été rendues sur ces accords, et ces décisions sont souvent contradictoires et laissent place à de nombreuses interprétations différentes. Pour ce qui est de l'ALENA, la situation est d'autant plus compliquée que les décisions des groupes spéciaux de règlement des différends ne découlent pas les unes des autres. En effet, la décision que prend un groupe spécial à un moment donné au sujet d'une question donnée n'oblige pas un autre groupe spécial à se soumettre à l'interprétation de l'accord par le premier groupe (Epps et Flood 2002).

Une autre préoccupation que soulève l'ALENA découle du fait que, contrairement à d'autres accords commerciaux négociés à l'Organisation mondiale du commerce, il n'existe aucun processus permanent de modification de l'ALENA. Dans une certaine mesure, cet accord est « verrouillé » et il faudrait pour le modifier que les trois États concernés conviennent en même temps de le « déverrouiller » (Johnson 2002). Par conséquent, il ne reste plus au Canada qu'à faire valoir sa propre interprétation de l'Accord (et en particulier du champ d'application de

la clause de réserve concernant les services sociaux) et à espérer que son interprétation l'emportera en cas de différend. Ouellet (2002) craint pour sa part que de futurs accords de l'OMC ne contiennent des dispositions contraires à certaines dispositions de l'ALENA.

Bien qu'aucune déclaration officielle n'ait porté sur ce qui est et sur ce qui n'est pas visé par la réserve de l'ALENA, un fort consensus s'est imposé et on s'accorde sur le fait que le monopole public à payeur unique qu'est l'actuel système de santé canadien ne fait l'objet d'aucune contestation en vertu de l'ALENA (CCPA 2002; Epps et Flood 2002; Johnson 2002). Par ailleurs, les avis sont moins unanimes sur la question de savoir ce qui se produirait si des provinces ou territoires, ou encore le gouvernement fédéral, décidaient d'apporter des changements de fond à l'assurance-santé ou à la prestation des services de santé. Si l'ALENA ne semble pas menacer le système de santé actuel, une certaine incertitude plane sur la question de savoir si cette protection s'étendra aussi aux changements qui pourraient lui être apportés ultérieurement (Epps et Flood 2002). Tout dépendra du type de réformes qui seront adoptées et des effets que celles-ci auront sur l'adéquation du système de santé aux conditions prescrites pour les « services sociaux établis ou fournis à une fin publique ». Les études effectuées pour le compte de la Commission font valoir que si, par exemple, les gouvernements devaient élargir la couverture de l'assurance-médicaments, intégrer certains services de soins à domicile dans la *Loi canadienne sur la santé* ou autoriser la prestation de services de santé par des organismes privés à but lucratif, les accords commerciaux internationaux pourraient alors intervenir.

Dans le même ordre d'idées, il faut s'interroger sur l'obligation des signataires des accords internationaux de donner une compensation aux investisseurs étrangers si leurs politiques sont réputées « exproprier » l'investissement des entreprises étrangères. Par exemple, si un État décidait que tous les services de soins à domicile devaient être fournis par le secteur public, il pourrait être sujet à des demandes d'indemnisation de la part des sociétés étrangères qui fournissent des services de soins à domicile ou encore d'assureurs qui vendent des assurances privées couvrant les services de soins à domicile. De la même façon, si un État décidait d'élargir son régime d'assurance des médicaments d'ordonnance au point que les assureurs privés se trouveraient exclus du marché, il pourrait peut-être là aussi s'exposer à des réclamations.

Dans le domaine des soins de santé, les demandes d'indemnisation sont possibles, en théorie. Il n'est pas évident que l'indemnisation devra être versée à des investisseurs étrangers; tout dépendra de la façon dont les réformes du système de santé sont charpentées et mises en œuvre (Johnson 2002). En réalité, seules quelques rares sociétés étrangères interviennent directement dans la prestation des services de santé au Canada. Les services comme les soins à domicile sont assurés en général par des entreprises privées relativement petites appartenant à des intérêts canadiens établis au Canada. Et la plupart des assureurs privés du Canada sont des entreprises nationales. Par conséquent, plutôt que de conclure que le système canadien de santé est confiné et immuable, il serait plus raisonnable de conclure que si nous souhaitons élargir la gamme des services couverts par le système public, il vaudrait mieux agir maintenant pendant que la présence étrangère est encore très faible dans le secteur des soins de santé et que les coûts éventuels de l'indemnisation sont encore modestes.

Un sérieux avertissement s'impose toutefois en ce qui concerne l'ouverture du marché des services médicaux à des organismes, hôpitaux et cliniques spécialisées à but lucratif. Certains prétendent qu'une fois ouverte, cette « valve » pourrait ne plus pouvoir se refermer (CCPA

2002). En effet, après avoir ouvert le marché aux hôpitaux étrangers à but lucratif, il pourrait être très difficile de renverser le cours des choses et de leur interdire par la suite de se livrer à leurs activités, et ce même si leurs services sont de qualité inférieure, que leurs coûts sont très élevés ou que leur présence ne corresponde plus aux objectifs politiques des Canadiens. Une autre source de préoccupation réside dans les grandes sociétés, en particulier celles des États-Unis, qui décident de poursuivre leur expansion sur le marché canadien. Aux termes de l'ALENA, il serait pratiquement impossible d'exclure ces entreprises étrangères du marché au seul motif de leur nationalité. Dès qu'une présence étrangère s'est bien établie dans la prestation des soins de santé à but lucratif, toute tentative ultérieure de restreindre son accès au marché pourrait peut-être se traduire par des coûts d'indemnisation relativement élevés. Il est également possible, mais non certain, qu'en ouvrant son marché aux organismes étrangers de prestation de soins de santé à but lucratif, une province force les autres provinces et territoires à opérer les mêmes aménagements.

Toutes ces questions et situations hypothétiques demeurent au cœur d'un débat brûlant au Canada. Mais, dans les faits, il n'existe pas de réponse claire et définitive à la question de savoir quelle est l'incidence des accords commerciaux internationaux sur le système de santé canadien.

Le commerce des soins de santé

La plupart des Canadiens ne se doutent probablement pas que les soins de santé font l'objet d'échanges internationaux. La grande majorité des services de santé sont assurés localement par des professionnels de la santé et fournis localement dans les communautés. Lorsque les habitants d'une ville comme Kamloops ou Baie-Comeau doivent consulter un spécialiste, ils peuvent devoir se rendre jusqu'à Vancouver pour les uns ou Québec pour les autres, mais ils sont rarement aiguillés vers des spécialistes à l'étranger.

Il arrive cependant que certains soins doivent être « achetés » d'autres pays, le plus souvent des États-Unis. Il s'agira de services très spécialisés et non disponibles au Canada. Si des Canadiens tombent malades ou se blessent au cours d'un séjour à l'étranger, ils peuvent recevoir des traitements qui seront partiellement remboursés par leur régime de santé. Dans ces cas, ce n'est ni le service ni le fournisseur du service qui traverse la frontière, mais plutôt le malade qui se rend là où est offert le service requis. Par conséquent, ce service n'est pas réputé faire l'objet d'un échange commercial au sens où on l'entend généralement, quoique certains prétendent qu'il y aurait lieu d'y voir un échange commercial de services de santé (Vellinga 2001).

À mesure que se répandent les technologies et que s'accélèrent les progrès dans les traitements médicaux spécialisés, les échanges commerciaux des services de santé deviendront plus courants. Grâce aux technologies sophistiquées d'épreuves diagnostiques, aux communications par satellite, à l'Internet et à la télésanté, il sera possible, voire souhaitable, pour un malade de Kamloops ou de Baie-Comeau de bénéficier des conseils et des compétences d'éminents spécialistes de San Diego ou d'Helsinki. De même, les malades du Tennessee ou de l'Alaska pourraient demander une consultation de grands spécialistes en pédiatrie de l'hôpital Sick Children de Toronto. En fait, on relève déjà des cas où, grâce aux transmissions par satellite, un médecin qui se trouve dans un pays peut seconder d'autres médecins effectuant une opération chirurgicale dans un autre pays. Dans ces cas, ni le malade ni le professionnel de la santé ne traversent de frontière, c'est le service qui la franchit. Ces échanges de services de santé ne sont peut-être pas courants aujourd'hui, mais ils deviendront de plus en plus courants dans l'avenir.

Les gouvernements doivent bien comprendre comment cette technologie s'intègre à leurs propres systèmes de santé, comment les coûts sont acquittés et comment les services sont fournis (Vellinga 2001).

Les échanges dans le domaine de la santé ne visent pas seulement l'expertise, mais aussi un grand nombre de produits spécialisés. Tous ces produits, depuis les bandages, les sacs de soluté et les lits d'hôpitaux jusqu'aux logiciels et au matériel diagnostique, sont fabriqués dans un endroit et expédiés à un autre, souvent au-delà des frontières. Dans ces cas, les marchandises sont traitées comme tout autre produit faisant l'objet d'échanges et sont assujetties aux dispositions des accords commerciaux internationaux de plus en plus nombreux.

Les médicaments d'ordonnance constituent le groupe de « produits médicaux » faisant l'objet des échanges internationaux les plus importants. Comme il a été mentionné précédemment, les médicaments d'ordonnance sont une des composantes du système de santé qui prend de plus en plus d'ampleur. Pour sa part, l'industrie pharmaceutique est aussi de plus en plus dominée par un nombre relativement petit de sociétés transnationales d'importance exploitant des installations de recherche et de développement partout dans le monde et dont les investissements à ce chapitre peuvent assez aisément passer d'un pays à un autre.

Si la recherche, le développement et la fabrication de médicaments représentent des branches d'activités importantes des économies de plusieurs provinces, notamment du Québec et de l'Ontario, le Canada n'a jamais été un grand acteur dans le commerce international des médicaments d'ordonnance. Il a toujours été un importateur net des médicaments d'ordonnance, mais sa balance commerciale des produits pharmaceutiques est de plus en plus déficitaire. Le Canada se suffit de moins en moins de sa production pharmaceutique et l'on prévoit que le déficit commercial pourrait passer à 7,7 milliards de dollars d'ici 2005 pour atteindre 11,4 milliards d'ici 2010, contre un déficit de 4,7 milliards en 2001 et de 1,8 milliards en 1997 (Reichert et Windover 2002). Pendant que s'accroît la dépendance du Canada à l'égard des médicaments développés et fabriqués à l'étranger, les gains découlant de la recherche et du développement sont de plus en plus réalisés à l'extérieur du Canada. Cela signifie également que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires exercent moins d'influence sur les sociétés pharmaceutiques pour ce qui est de limiter le coût toujours croissant des médicaments d'ordonnance.

Dans l'avenir, l'Agence canadienne du médicament, dont la création est recommandée dans le présent rapport, collaborera avec d'autres organismes semblables de l'étranger pour rationaliser le processus d'approbation des nouveaux médicaments et pour mettre en commun les données sur l'impact pharmaco-économique des nouveaux médicaments ou de ceux qui se trouvent déjà sur le marché. La période d'approbation des nouveaux médicaments et la procédure de mise en marché des médicaments génériques pourraient être raccourcies si on s'efforce de tirer parti de la mine de renseignements qui existent sur les tests et les évaluations de produits pharmaceutiques à l'échelle internationale. Le Canada peut également saisir l'occasion de collaborer avec d'autres pays et d'user de leur influence collective auprès des sociétés pharmaceutiques transnationales pour contenir les coûts des médicaments d'ordonnance et veiller à ce que les médicaments approuvés soient à la fois efficaces et économiques.

La santé, priorité de la politique étrangère du Canada

Nombre de particuliers et d'organismes ont présenté à la Commission des observations sur la mondialisation et les soins de santé. En dépit de cet intérêt manifeste et du fait que le Canada est signataire de tout un éventail d'accords internationaux visant à faire de l'accès aux soins de santé un droit fondamental (Blouin et al. 2002), la politique canadienne en matière de santé ne regarde guère au-delà des frontières. De plus, la promotion de la santé internationale ne semble qu'accessoire dans la politique étrangère du Canada.

Mais cela est peut-être en train de changer. En novembre 2001, l'Agence canadienne de développement international (ACDI) mettait en œuvre un Plan d'action en matière de santé et de nutrition. Ce plan reconnaît qu'il est aussi important pour le Canada de promouvoir une meilleure santé dans les pays en développement que d'améliorer la santé à l'échelle nationale. On peut d'ailleurs lire ceci sur le site Web de l'ACDI : « Dans un monde où les maladies transmissibles ne connaissent pas de frontières, où les tensions et les conflits dans une région peuvent avoir des répercussions et provoquer un malaise partout dans le monde, le fait d'investir dans la santé à l'échelle mondiale aide les Canadiens à préserver à la fois leur santé et leur sécurité. »

Dans un monde de plus en plus interconnecté, le Canada ne peut se dégager des problèmes de santé qu'éprouvent d'autres pays. À cause de la mobilité croissante des personnes sur toute la planète, les problèmes de santé qui, à une époque, seraient restés relativement isolés dans une partie du monde, peuvent maintenant se propager plus vite et plus loin (OMS 1997). La propagation des souches pharmacorésistantes de tuberculose, du VIH et du virus du Nil occidental témoigne bien du fait que les problèmes de santé qui sévissent dans une région du monde peuvent vite s'étendre à l'échelle planétaire. De fait, ces problèmes ne se limitent pas à la santé et peuvent devenir des problèmes de sécurité tant nationale qu'internationale. En guise d'exemple, la dévastation sociale et économique qu'a causée l'épidémie du VIH/SIDA dans le sud de l'Afrique risque de compromettre la stabilité des démocraties en développement de la région et de favoriser l'extrémisme politique, les guerres civiles, les conflits ethniques, voire le génocide. Croire que ces catastrophes n'auraient aucune retombée pour le Canada et d'autres pays reviendrait à ne pas reconnaître jusqu'à quel point le monde a changé au cours des dernières décennies.

Malgré les réserves que les Canadiens pourraient nourrir à l'égard de leur propre système de santé, les experts internationaux estiment que notre système de santé financé par l'État doit être un modèle pour les autres pays. Avec les nouvelles orientations que nous suivons dans la gestion, le financement et l'organisation du système de santé canadien, nous sommes bien placés pour faire en sorte que l'accès aux soins de santé ne s'inscrive pas uniquement dans le cadre de notre politique intérieure, mais qu'il figure aussi parmi les premiers objectifs de notre politique étrangère.

Notre adhésion aux Nations Unies, à l'Organisation mondiale de la santé et à l'Organisation panaméricaine de la santé, conjuguée à la réputation dont nous jouissons à l'échelle internationale, nous donne la possibilité d'exercer un rôle de premier plan pour veiller à ce que la santé et les soins de santé deviennent une priorité internationale. Pour se faire, il faudra plus que parler de la santé en tant que droit de la personne et passer à des actes concrets visant à améliorer la santé des peuples vivant au-delà du territoire canadien (Blouin et al. 2002).

Collaborer avec l'Organisation mondiale de la santé pour renforcer et actualiser les articles du Règlement sanitaire international traitant de la lutte et du confinement des maladies transmissibles, par exemple, pourrait bien constituer un premier pas pour le Canada en vue de raffermir son engagement en matière de santé internationale.

Dans ce contexte mondial, le Canada a la possibilité non seulement de protéger et de prémunir son système de santé contre les effets potentiels des accords commerciaux internationaux, mais aussi d'exercer un rôle prédominant dans l'amélioration de la santé et des soins de santé dans le monde entier.

PRÉMUNIR LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN CONTRE LES EFFETS NÉGATIFS DES ACCORDS INTERNATIONAUX

RECOMMANDATION 44 :

Le gouvernement fédéral et les provinces doivent prévenir les contestations dont risque de faire l'objet le système de santé canadien en vertu du droit international et des accords commerciaux internationaux par les moyens suivants :

- **s'assurer que toutes les réformes futures qui seront mises en oeuvre seront protégées par la définition de « services publics » prévue par le droit international et incluse dans les accords commerciaux internationaux auxquels le Canada souscrit;**

- **renforcer la position du Canada selon laquelle le droit de réglementer les soins de santé devrait être à l'abri des réclamations d'indemnisation émanant des entreprises étrangères.**

RECOMMANDATION 45 :

Le gouvernement fédéral doit s'allier à d'autres pays, en particulier les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce, pour faire en sorte que les futurs accords commerciaux internationaux, les accords sur la protection de la propriété intellectuelle et les codes du travail prévoient à la fois le maintien et l'élargissement des soins de santé assurés, financés et fournis par l'État.

Éviter les contestations en vertu des accords internationaux

Les règles et les accords se rapportant au commerce international des produits et des services ne cessent de se complexifier. Nation commerçante, le Canada a intérêt à veiller non seulement à ce que ces règles favorisent le commerce international, mais aussi à ce qu'elles protègent le droit de tous les pays à prendre des décisions stratégiques en étant libres de toute contrainte.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, le débat se poursuit sur la question de savoir si et dans quelle mesure les accords commerciaux internationaux ont des retombées pour le système de santé canadien. Si certains jugent graves les menaces inhérentes aux accords internationaux, d'autres estiment qu'il n'y a pas lieu de craindre que les accords commerciaux internationaux n'entravent la liberté du Canada de choisir ses propres orientations stratégiques en matière de

santé. Devant toute cette incertitude, la solution n'est pas de ne rien faire et d'attendre l'issue des contestations qui sont susceptibles d'être présentées en vertu des divers accords commerciaux, mais plutôt d'adopter une attitude proactive et de veiller à ce que le Canada continue de prendre les décisions stratégiques qu'il juge nécessaires pour maintenir et améliorer son système de santé, en restant libre des contraintes des accords commerciaux internationaux.

Les gouvernements doivent veiller à ce que tout projet de réforme du système de santé aille dans le sens des réserves prévues dans l'ALENA (CCPA 2002; Johnson 2002; Ouellet 2002). Autrement dit, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral doivent faire clairement comprendre à leurs partenaires commerciaux que le système de santé canadien continuera de servir les valeurs canadiennes et d'être financé et structuré dans ce sens. Cela ne signifie pas pour autant que le Canada n'est pas disposé à adhérer à un système commercial international, mais plutôt que la politique sociale telle que celle qui gouverne les soins de santé est, en fait, « intouchable » et demeure la prérogative des autorités fédérales, provinciales et territoriales.

En cas de désaccord sur le sens ou l'effet de certaines clauses ou dispositions particulières des accords commerciaux internationaux, les divers ordres de gouvernement, et en particulier le gouvernement fédéral, se doivent de formuler clairement et fréquemment leur point de vue sur la façon dont une instance arbitrale devrait interpréter ces dispositions. Ils devront également réitérer la position canadienne selon laquelle les réformes du système de santé canadien ne peuvent faire l'objet d'une réclamation d'indemnisation que présenterait une entreprise étrangère en vertu de l'ALENA ou de l'AGCS. Une façon de faire en sorte que les réformes — telles que celle visant à incorporer les médicaments d'ordonnance ou les services de soins à domicile — soient toujours visées par les réserves prévues dans l'ALENA consisterait à s'assurer de leur conformité au critère dit des « services publics » au sens du droit international. Pour être couverts par cette définition, les services publics doivent :

- être accessibles à tous en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer;
- servir l'intérêt public et être fondés sur des objectifs clairs;
- être financés par le trésor public;
- se soumettre à une procédure normalisée de marchés publics destinée à protéger l'intérêt public lors du recours au secteur privé.

Bâtir des alliances avec d'autres pays

Le Canada n'est pas le seul à vouloir préserver et protéger sa capacité d'arrêter sa propre politique publique, sans la contrainte des accords commerciaux internationaux. Nombre de pays éprouvent les mêmes craintes. Les organisations chargées de superviser la libéralisation du commerce, notamment l'OMC, subissent de l'intérieur comme de l'extérieur des pressions pour que les États restent libres d'établir leurs propres orientations en matière de santé et leurs propres mesures sociales sans être indûment restreints par les accords commerciaux internationaux.

Le fait le plus important qu'a fait ressortir le dernier cycle des négociations de l'OMC est la « préoccupation montante à l'égard des questions sociales et de la capacité des pays de régler leurs problèmes sociaux » [*Traduction*] (Johnson 2002, 32). Les signataires de la « Déclaration de Doha », qui a présidé à l'ouverture de ce cycle de négociations, ont clairement déclaré que l'Accord sur les ADPIC « devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir

l'accès de tous aux médicaments » (OMC 2001, 1). Le Canada a été un ardent défenseur de la Déclaration de Doha.

Plusieurs pays craignent à l'instar du Canada que les accords commerciaux ne restreignent indûment leurs options stratégiques et veulent s'assurer que les efforts déployés pour libéraliser le commerce n'aient pas préséance sur les objectifs de leur politique sociale. Le dernier cycle des négociations a clairement établi un consensus à l'effet que, du moins pour le moment, chacun des pays doit disposer de suffisamment de latitude pour adopter la politique sociale, dont fait partie le système de santé, qui lui permet de constituer le « capital social » de sa propre société d'une manière productive et constructive.

À longue échéance, c'est en concluant des alliances avec d'autres pays et en tirant parti du système de négociation actuel que le Canada pourra le mieux évaluer l'impact de la mondialisation et des accords commerciaux internationaux et réaliser des changements véritables et significatifs. À l'OMC, le Canada devra faire valoir, clairement et sans équivoque, que l'accès à des soins de santé abordables et de qualité ne devrait pas être subordonné à des gains économiques à court terme. Chaque pays devrait se réserver le droit d'établir et de structurer son système de santé de manière à servir les intérêts de ses propres citoyens. Les accords commerciaux internationaux ne devraient pas pénaliser les pays, en particulier ceux du monde en développement, qui cherchent à protéger et à promouvoir leurs propres méthodes de prestation des services de santé. Les Canadiens sont convaincus que l'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental. Par extension, cela signifie que tous les pays devraient être libres d'accorder cet accès à des conditions acceptables à leurs citoyens.

En s'alliant avec les pays membres de l'OMC et d'autres organisations internationales qui s'intéressent à la santé (p. ex. l'Organisation mondiale de la santé), le Canada peut non seulement défendre son droit d'arrêter sa propre politique en matière de santé, mais aussi de promouvoir des orientations internationales qui permettront d'améliorer la santé des peuples du monde entier.

AMÉLIORER LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

RECOMMANDATION 46 :

Le gouvernement fédéral doit exercer un rôle de chef de file dans les efforts internationaux destinés à aider les pays en développement à consolider leurs systèmes de soins de santé au moyen de programmes d'aide extérieure et de développement. Il y a lieu de privilégier plus particulièrement la formation des professionnels de la santé et les programmes de santé publique.

RECOMMANDATION 47 :

Les pouvoirs publics et les organismes de santé nationaux, provinciaux et territoriaux doivent moins compter sur le recrutement des professionnels de la santé des pays en développement.

Jouer un rôle de chef de file international

Comme il a été dit précédemment, le système de santé du Canada n'est pas immunisé contre les développements internationaux. Les maladies peuvent se propager rapidement sur toute la planète. La main-d'oeuvre sanitaire tend à devenir une ressource internationale à mesure que tous les pays cherchent les meilleurs moyens d'attirer et de retenir un nombre suffisant d'infirmières, de médecins et d'autres dispensateurs de soins. Les progrès technologiques, les cures et traitements novateurs, et les différentes méthodes d'organiser et de dispenser des soins de santé ne sont plus confinés à un seul pays. Les nouvelles circulent vite dans le domaine de la santé, tout comme dans la plupart des autres branches d'activité de notre société et de notre économie.

Le Canada a contracté un certain nombre d'obligations internationales à la suite de son adhésion à des conventions et ententes internationales en matière de santé telles que la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies. Le Canada est également tenu en grande estime sur la scène internationale. Il est temps que le Canada tire parti des relations privilégiées qu'il entretient avec les pays en développement et de son considérable savoir-faire pour améliorer la santé et les soins de santé à l'échelle internationale. Il faudra pour cela que le Canada joue un plus grand rôle dans l'élaboration de programmes d'aide extérieure destinés à former les dispensateurs de soins de santé dont les pays en développement ont tant besoin et à promouvoir les programmes de santé publique destinés à empêcher la propagation de maladies telles que la polio, l'infection due au VIH/SIDA et autres maladies transmissibles.

Implanter des systèmes de santé dans les pays en développement

Ainsi qu'il en a été question dans le chapitre sur les dispensateurs de soins de santé au Canada, chaque province canadienne a dû, à une époque ou à une autre, recruter des professionnels de la santé d'autres pays, particulièrement des pays en développement. Certaines provinces comptent beaucoup sur les professionnels de la santé nouvellement diplômés d'autres pays pour remédier à leur pénurie de travailleurs de la santé.

Les citoyens des pays en développement ont le droit d'émigrer et de choisir le Canada comme lieu de destination. Depuis des siècles, hommes et femmes tendent à fuir l'agitation politique, la persécution religieuse et ethnique ainsi que la pauvreté et trouvent refuge dans des pays prospères où la sécurité personnelle est plus grande et les perspectives meilleures. Nous ne cherchons nullement à brimer le droit des individus d'offrir à leurs familles et à eux-mêmes une vie meilleure ailleurs. L'intégration effective des diplômés en médecine et d'autres professionnels de la santé de l'étranger doit s'inscrire dans les stratégies globales du Canada en matière de ressources humaines en santé.

Le recrutement de dispensateurs de soins de santé dans les pays en développement soulève d'importantes questions éthiques. Les difficultés que doit affronter le Canada pour recruter et retenir les dispensateurs de soins semblent insignifiantes par rapport aux pénuries et aux problèmes de distribution qui accablent les pays en développement (Mehmet 2002; Zurn et al. 2002). Étant donné leurs ressources limitées, ces pays doivent faire des investissements beaucoup plus massifs que le Canada, toutes proportions gardées, pour former leurs professionnels de la santé. Les professionnels instruits des pays en développement préconisent

« Compter sur les diplômés des écoles de médecine de l'étranger n'est pas, à long terme, une solution acceptable. En tant que pays relativement riche, le Canada devrait prendre sur lui-même de former le nombre de médecins qui répondra à ses propres besoins. »

LA FEDERATION DES ÉTUDIANTS EN MEDECINE DU CANADA 2001. MEMOIRE.

aussi la stabilité politique, l'expansion économique et la protection des droits de la personne. Séduits par de meilleures perspectives économiques, les professionnels de la classe moyenne qui émigrent renoncent à contribuer à la stabilité et à l'avancement du pays qu'ils quittent.

Membre de la communauté internationale, le Canada a une responsabilité éthique d'éviter de pallier ses pénuries de professionnels de la santé aux dépens de pays moins puissants, moins prospères et moins développés. Les provinces, les territoires et les régions sanitaires devraient revoir leurs politiques de recrutement des professionnels de la santé des pays en développement et réduire leur dépendance à l'égard des diplômés de l'étranger. Le Canada devrait également collaborer avec d'autres pays pour aider les pays en développement à renforcer leurs propres systèmes de santé — particulièrement au plan de la santé publique et de l'information sur la santé — de manière que les professionnels de la santé qui ont été formés à grands coûts veuillent continuer d'évoluer dans le système de santé de leur propre pays.

Partager l'information avec les autres pays

L'interconnexion croissante dans un monde où l'information circule entre les frontières à un rythme effarant est une caractéristique de la mondialisation. Elle nous donne de formidables possibilités de tirer parti des expériences d'autres pays non seulement en ce qui concerne les grandes sphères de la politique de santé, mais aussi les dernières percées de la médecine. Le défi consiste ici à œuvrer de près avec les autres pays pour que l'information sur la santé soit fiable, accessible et exacte et qu'elle puisse être mise à profit par les autres pays dans l'intérêt des citoyens, des dispensateurs de soins de santé, des gestionnaires, des chercheurs et des décideurs. Le gouvernement fédéral peut tenir un rôle de premier plan en collaborant avec d'autres pays à l'établissement de lignes directrices claires sur le partage de l'information au-delà des frontières internationales.

Comme le Canada, de nombreux pays ont de la difficulté à assurer l'accès opportun à des données exhaustives et exactes en matière de santé. En investissant dans l'infrastructure de santé et en coordonnant les services de santé ainsi qu'il a été recommandé plus tôt dans le rapport, le Canada serait bien placé pour prendre les rênes dans l'établissement d'un réseau mondial d'information sur la santé. Ce type de réseau pourrait grandement enrichir la base mondiale de connaissances en santé, faciliter la coopération et la mise en commun de l'information à l'échelle internationale, venir en aide aux pays en développement qui ne sont pourvus que d'une capacité limitée d'information sur la santé, et contribuer à améliorer les résultats des soins de santé à longue échéance. En collaborant avec les autres membres de l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation panaméricaine de la santé, le Canada peut profiter d'une occasion précieuse d'influencer non seulement la manière dont une information fiable et accessible sera diffusée, mais aussi la façon dont elle convergera vers les divers pays.

Une même technologie peut permettre aux professionnels de la santé du monde entier de mettre en commun leurs connaissances spécialisées. Les médecins du Canada, par exemple, pourraient consulter leurs collègues où qu'ils soient dans le monde. Ils pourraient aussi fournir

des renseignements, des conseils et des diagnostics à des médecins ailleurs dans le monde, et en particulier dans les pays en développement. En établissant un réseau mondial d'information sur la santé, les professionnels canadiens de la santé travailleront en collaboration étroite avec leurs collègues des nations en développement, leur permettant ainsi de mieux soigner leurs propres citoyens et les encourageant à rester dans leur pays.

Par ailleurs, la Commission comprend que le partage de l'information transfrontières doit respecter et protéger le droit des patients à la vie privée. C'est pourquoi il faudra mettre au point et implanter des mesures de protection appropriées à l'échelle internationale.

L'établissement d'un réseau mondial d'information ne sera pas une tâche facile et ne pourra être réalisé dans un proche avenir. Il faudra surmonter des obstacles énormes pour étendre les technologies de la santé et l'information au monde en développement. À l'heure actuelle, dans le monde entier, moins de 1% des investissements en recherche et développement est consacré à des innovations technologiques destinées spécifiquement aux pays pauvres. Les progrès technologiques et les innovations en soins de santé sont tout simplement inabordables pour la majeure partie de la population mondiale (Donald 1999). Il serait naïf de croire que nos propres progrès technologiques auront un effet de « ruissellement » vers les pays en développement au fil du temps. Si l'on ne met pas en œuvre des stratégies qui garantiront aux pays en développement un meilleur accès à l'information et à la technologie de la santé, cette même technologie risque de creuser l'écart entre le monde développé et le monde en développement. Aussi les stratégies favorisant la diffusion de la technologie et de l'information sur la santé doivent-elles être soutenues par les pays développés avec la même volonté dont ils font preuve dans l'exécution de la série des accords commerciaux internationaux qui régissent les relations commerciales internationales.

QU'EST CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES CANADIENS?

Certes, la mondialisation continuera d'agir sur tous les aspects de l'économie, de la société et de la culture, non seulement au Canada, mais aussi dans tous les pays du monde. En général, les Canadiens se concentrent sur leurs propres problèmes et se demandent comment préserver le système de santé du Canada, comment améliorer l'accès aux services de santé ou attirer des dispensateurs de soins en nombres suffisants pour répondre à nos besoins. Mais il ne faut pas oublier que le système de santé du Canada n'est pas à l'abri des changements qui s'opèrent dans le monde entier. En tant que pays, le Canada a une extraordinaire occasion de donner l'exemple et d'inciter les autres pays à mettre en commun leur savoir-faire en santé et à améliorer la santé et les soins de santé des peuples des pays en développement.

Il est impossible de conjecturer sur les conséquences que les accords commerciaux internationaux auront sur les futures réformes de notre système de santé. Devant tant d'incertitude, il vaut mieux espérer pour le mieux, se préparer au pire et œuvrer avec d'autres pays pour que les accords commerciaux tiennent véritablement compte de la diversité de chacun et de la souveraineté relative de chaque pays dans ses choix en matière de politique sociale, et de santé notamment. Quant aux changements que subira dans l'avenir le système de santé canadien, notre objectif consistera à veiller à ce que les accords internationaux ne limitent pas notre capacité à instaurer de nouvelles solutions et à suivre de nouvelles voies dans la prestation des soins de santé au Canada.

Forts de ces recommandations, les Canadiens auront ces assurances :

- Des mesures seront prises tant au Canada que sur la scène internationale pour préserver le système de santé financé par l'État canadien et le prémunir contre toute contestation pouvant être soulevée en vertu des accords commerciaux internationaux.
- Le Canada collaborera avec d'autres pays, en particulier les membres de l'Organisation mondiale du commerce, pour que tous les pays aient le droit de faire leurs propres choix dans les domaines cruciaux de la politique sociale, tels que la santé, sans avoir à se soucier des contraintes des accords commerciaux internationaux.
- Les soins de santé deviendront un élément majeur de la politique étrangère du Canada et témoigneront de notre responsabilité collective d'améliorer la santé et les soins de santé dans les pays en développement.

CONCLUSION

En terminant, je suis parfaitement conscient du fait qu'il ne faut pas prendre le soutien qu'accordent les Canadiens à leur système de santé pour acquis. Ce soutien est conditionnel au ferme engagement de leurs gouvernements de leur garantir l'accès à des soins de grande qualité, au moment où ils en ont besoin. Si les Canadiens en viennent à penser que les pouvoirs publics ne remplissent pas leur part du contrat, ils chercheront des réponses ailleurs. Nous courrons alors un terrible risque, celui que la population revendique l'accès à un réseau parallèle de services privés. Nous aurions alors un niveau de services pour les bien nantis et un autre pour les moins favorisés. Pourtant, les consultations publiques menées par la Commission à travers le pays nous ont bien montré que les Canadiens ne veulent pas d'un système où les gens ne sont pas égaux face à la maladie.

Les changements que je propose ici visent à renforcer et à moderniser le régime d'assurance-santé et à l'asseoir sur des bases plus solides qui lui permettront d'affronter l'avenir. Ces changements s'inspirent d'une conception selon laquelle le régime d'assurance-santé est une entreprise nationale, à laquelle participent conjointement tous les gouvernements, résolus à faire en sorte que l'accès rapide à des services de santé de grande qualité soit considéré comme un droit, et non comme un privilège, pour tous les citoyens. Ils visent à favoriser l'avènement d'un système de calibre international, mieux intégré et plus responsable, qui contribuera à faire des Canadiens le peuple le plus en santé au monde.

Nous proposons un projet de réforme ambitieux, mais les Canadiens ne sauraient s'attendre à moins au moment où ce régime qui leur tient particulièrement à cœur est à la croisée des chemins. L'avenir du présent rapport et de notre système de santé repose maintenant entre les mains des Canadiens. Au cours des prochains mois, l'avenir du régime d'assurance-santé dépendra des choix que nous ferons ou encore des conséquences de notre inertie. Je ne doute pas que les Canadiens soient prêts à s'engager avec nous dans cette aventure et à préserver cet héritage dont ils sont les fiers dépositaires. Une autre étape nous attend, la mise en œuvre des recommandations, et c'est la plus décisive et sans doute aussi la plus ardue. J'ai la ferme conviction que les Canadiens — et leurs gouvernements — seront à la hauteur de la tâche.

Le lecteur trouvera ci-après les 47 recommandations que j'ai formulées dans le présent rapport et l'échéancier de leur mise en œuvre.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1 :

Il conviendrait d'établir un nouveau Pacte canadien sur la santé, qui serait une déclaration commune exprimant l'engagement des Canadiens et de leurs gouvernements à l'égard d'un système de santé universellement accessible et financé par l'État. Pour réaliser ce projet, les premiers ministres des provinces et territoires devraient se réunir le plus tôt possible afin de s'entendre sur ce Pacte.

RECOMMANDATION 2 :

Il conviendrait qu'un Conseil de la santé du Canada soit créé par le gouvernement fédéral et par les provinces et territoires pour faciliter la coopération et instituer un leadership national permettant d'obtenir les meilleurs résultats au monde dans le domaine des soins de santé. Le Conseil de la santé devrait profiter de l'infrastructure actuelle de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

RECOMMANDATION 3 :

Dans un premier temps, le Conseil de la santé du Canada devrait :

- établir des indicateurs communs et mesurer le rendement du système de santé;
- établir des repères, recueillir des renseignements et faire des rapports publics sur les efforts visant à améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et les résultats des soins dans le système de santé;
- coordonner les activités actuelles d'évaluation des technologies de la santé et effectuer des évaluations indépendantes des technologies, y compris de leurs effets sur la prestation des soins dans les régions rurales et éloignées et des profils d'exercice pour les différents dispensateurs de soins de santé.

RECOMMANDATION 4 :

À long terme, le Conseil de la santé du Canada devrait de façon constante, exercer une fonction de consultation et de coordination pour la transformation des soins de santé primaires, l'élaboration de stratégies nationales pour le personnel de la santé au Canada et le règlement des différends dans le cadre d'une *Loi canadienne sur la santé* actualisée.

RECOMMANDATION 5 :

Il faudrait actualiser la *Loi canadienne sur la santé* et lui donner plus de poids :

- en confirmant les principes de la gestion publique, de l'universalité et de l'accessibilité, en actualisant les principes de la transférabilité et de l'intégralité et en établissant un nouveau principe, celui de l'imputabilité;
- en accroissant la liste des services de santé assurés de sorte qu'elle ne se limite pas aux services hospitaliers et médicaux, mais qu'elle englobe immédiatement les services de soins à domicile ciblés, puis, ultérieurement, les médicaments d'ordonnance;

- en clarifiant la protection en ce qui concerne les services diagnostiques;
- en incluant un mécanisme de règlement des différends efficace;
- en établissant un transfert spécial en matière de santé, directement lié aux principes et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

RECOMMANDATION 6 :

Pour assurer un financement adéquat, le gouvernement fédéral devrait établir un nouveau Transfert canadien en matière de santé. Afin d'assurer une stabilité et une prévisibilité à long terme, il faudrait inclure dans ce Transfert un facteur de progression fixé à l'avance pour des périodes de cinq ans.

RECOMMANDATION 7 :

À court terme, le gouvernement fédéral devrait fournir un financement ciblé pour les deux prochaines années, de manière à établir :

- un nouveau Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées;
- un nouveau Fonds des services diagnostiques;
- un Transfert en matière de soins primaires;
- un Transfert en matière de soins à domicile;
- un Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments.

RECOMMANDATION 8 :

Il y aurait lieu de créer un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires.

RECOMMANDATION 9 :

L'Inforoute Santé du Canada devrait continuer de coordonner l'établissement d'un cadre national pour les dossiers de santé électroniques, à partir des systèmes provinciaux, en veillant à l'interopérabilité des divers systèmes électroniques actuels d'information sur la santé et en tenant compte de certaines questions telles que l'harmonisation de la politique de protection de la vie privée et les normes de sécurité.

RECOMMANDATION 10 :

Chaque Canadien devrait assumer sa part de responsabilité en ce qui concerne l'information sur sa santé, bénéficier d'un accès aisé à ses dossiers de santé, jouir de la protection de la confidentialité de ses dossiers de santé et bénéficier d'un meilleur accès à des renseignements complets et fiables sur la santé, les services et le système de santé.

RECOMMANDATION 11 :

Il y aurait lieu de modifier le *Code criminel du Canada* de manière à protéger la vie privée des Canadiens et à éviter expressément l'utilisation abusive et malveillante de renseignements sur la santé d'une personne, en considérant toute infraction à cet égard comme un acte criminel.

RECOMMANDATION 12 :

L'Inforoute Santé du Canada devrait favoriser l'acquisition de connaissances en santé en créant et en veillant à actualiser une base de données sur la santé qui donnerait aux Canadiens accès à des renseignements documentés, fiables et crédibles sur la santé et qui appuierait les efforts concertés pour promouvoir la bonne santé.

RECOMMANDATION 13 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait prendre des mesures pour rationaliser l'évaluation de la technologie au Canada, accroître l'efficacité, l'efficience et la portée de l'évaluation, et promouvoir le recours à cette évaluation dans la prise de décisions.

RECOMMANDATION 14 :

Il faudrait veiller à combler les lacunes de nos connaissances actuelles dans divers domaines de la recherche appliquée, dont la santé dans les régions rurales et éloignées, les ressources humaines en santé, la promotion de la santé et la politique relative aux produits pharmaceutiques.

RECOMMANDATION 15 :

On devrait utiliser une partie du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées, du Fonds des services diagnostiques, du Transfert en matière de soins primaires et du Transfert en matière de soins à domicile pour améliorer la disponibilité et la répartition des professionnels la santé, encourager l'évolution de leurs champs et de leurs profils d'exercice et garantir l'utilisation la plus judicieuse possible de l'éventail des compétences professionnelles.

RECOMMANDATION 16 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait recueillir, analyser et diffuser régulièrement les données pertinentes et nécessaires sur la main-d'œuvre du domaine de la santé au Canada, notamment en ce qui a trait aux questions cruciales touchant le recrutement, la répartition et la rémunération des professionnels.

RECOMMANDATION 17 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait examiner les programmes d'études et de formation existants et faire des recommandations aux provinces et territoires de façon à ce que les programmes d'études soient davantage intégrés pour mieux préparer les professionnels de la santé, en particulier pour le travail en milieu de soins de santé primaires.

RECOMMANDATION 18 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait élaborer un plan global visant à régler les problèmes touchant le nombre, la répartition, les études et la formation, la rémunération, les compétences et les profils d'exercice des professionnels canadiens de la santé.

RECOMMANDATION 19 :

Il faudrait utiliser le futur Transfert en matière de soins primaires comme moyen d'accélérer la mise en œuvre de l'approche de soins de santé primaires. L'octroi de fonds devrait être assorti de la condition que les provinces et les territoires aillent de l'avant dans l'application de l'approche centrée sur les soins de santé primaires, fondée sur quatre axes essentiels : continuité des soins, détection et intervention précoces, amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et incitatifs nouveaux et plus puissants.

RECOMMANDATION 20 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait parrainer, d'ici deux ans, un Sommet national sur les soins de santé primaires afin de mobiliser les efforts dans ce domaine aux quatre coins du Canada, d'évaluer les premiers résultats obtenus et de déterminer les mesures à prendre pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre des soins de santé primaires.

RECOMMANDATION 21 :

Le Conseil de la santé du Canada devrait jouer un rôle de premier plan dans les secteurs suivants : suivi des résultats du Sommet, évaluation et suivi des progrès accomplis, diffusion de renseignements, comparaison des résultats obtenus par le Canada et les principaux pays et compte rendu à la population canadienne de l'évolution du dossier de la mise en oeuvre des soins de santé primaires au Canada.

RECOMMANDATION 22 :

La prévention des maladies et des accidents et la promotion de la santé devraient être pleinement intégrées aux soins de santé primaires, l'objectif premier étant de faire du Canada un chef de file mondial dans la lutte contre le tabagisme et l'obésité.

RECOMMANDATION 23 :

Tous les gouvernement devraient adopter et mettre en œuvre la stratégie mise au point par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du sport, des loisirs et de l'activité physique en vue de favoriser l'activité physique au Canada.

RECOMMANDATION 24 :

Il conviendrait d'élaborer une stratégie nationale d'immunisation pour faire en sorte que tous les enfants soient immunisés contre les maladies graves et que le Canada soit bien préparé à faire face aux problèmes qui pourraient découler des maladies infectieuses nouvelles et émergentes.

RECOMMANDATION 25 :

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient utiliser le nouveau Fonds des services diagnostiques pour améliorer l'accès aux services de diagnostic médicalement nécessaires.

RECOMMANDATION 26 :

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient immédiatement prendre des dispositions pour gérer les listes d'attente plus efficacement en adoptant une approche centralisée, en établissant des critères normalisés et en donnant aux patients des renseignements clairs sur la durée probable de leur attente.

RECOMMANDATION 27 :

En collaboration avec les provinces et les territoires, le Conseil de la santé du Canada devrait établir un cadre national pour mesurer et évaluer la qualité et la sécurité du système de santé du Canada, comparer les résultats avec ceux des autres pays de l'OCDE et faire régulièrement des rapports dont pourront prendre connaissance les Canadiens.

RECOMMANDATION 28 :

Les gouvernements, les autorités régionales de la santé, les dispensateurs de soins de santé, les hôpitaux et les organisations communautaires devraient travailler en étroite collaboration en vue de déterminer quels sont les besoins des minorités de langues officielles et de répondre à ces besoins.

RECOMMANDATION 29 :

Les gouvernements, les autorités régionales de la santé et les dispensateurs de soins de santé devraient poursuivre leurs efforts en vue de développer des programmes et des services qui tiennent compte des différents besoins en matière de soins de santé des hommes et des femmes, des minorités visibles, des personnes handicapées et des nouveaux Canadiens.

RECOMMANDATION 30 :

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour attirer et retenir les professionnels de la santé dans les collectivités rurales et éloignées.

RECOMMANDATION 31 :

Il faudrait utiliser une partie du Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir de nouvelles façons de donner aux médecins, aux infirmières et à d'autres dispensateurs de soins l'occasion de faire l'expérience du milieu rural dans le cadre de leurs études et de leur formation.

RECOMMANDATION 32 :

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir l'expansion des approches de télésanté.

RECOMMANDATION 33 :

Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir des moyens novateurs d'assurer des services de santé aux petites collectivités et d'améliorer l'état de santé de leurs habitants.

RECOMMANDATION 34 :

Que le nouveau Transfert proposé en matière de soins à domicile soit utilisé pour appuyer l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'y inclure les services de soins à domicile médicalement nécessaires dans les secteurs suivants :

- Que la prise en charge des cas de santé mentale et les services d'intervention soient immédiatement inclus dans le champs des services médicalement nécessaires visés par la *Loi canadienne sur la santé*.
- Que les services de soins à domicile pour les patients en phase post-aiguë, y compris la couverture de la gestion des médicaments et des services de réadaptation, soient inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*.
- Que les services de soins palliatifs à domicile visant à accorder un soutien aux personnes qui les requièrent au cours des derniers six mois de leur vie soient également inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*.

RECOMMANDATION 35 :

Le Ministère du Développement des ressources humaines Canada, de concert avec Santé Canada, devrait être chargé de développer un plan pour offrir un soutien direct aux aidants naturels afin de leur permettre de s'absenter du travail pour assurer des soins de maintien à domicile nécessaires aux moments critiques.

RECOMMANDATION 36 :

Il faudrait utiliser le nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments pour réduire les disparités dans la couverture à l'échelle du pays en assumant une partie de la hausse rapide des coûts des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux.

RECOMMANDATION 37 :

Il faudrait créer une nouvelle Agence canadienne du médicament pour évaluer et approuver de nouveaux médicaments d'ordonnance, assurer l'évaluation continue des médicaments actuels, négocier et limiter les prix des médicaments et fournir des renseignements complets, objectifs et exacts aux professionnels de la santé et à la population.

RECOMMANDATION 38 :

L'Agence canadienne du médicament devrait créer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une liste nationale des médicaments d'ordonnance inscrits en se fondant sur un processus transparent et responsable d'évaluation et d'établissement des priorités.

RECOMMANDATION 39 :

Il faudrait établir un nouveau programme de gestion des médicaments pour venir en aide aux Canadiens atteints de maladies chroniques et de certaines maladies potentiellement mortelles. Il faudrait intégrer le programme aux démarches de soins de santé primaires partout au pays.

RECOMMANDATION 40 :

Il faudrait que l'Agence canadienne du médicament élabore des normes nationales pour la collecte et la diffusion de données sur les médicaments d'ordonnance afin d'en connaître l'utilisation et les résultats que l'on obtient.

RECOMMANDATION 41 :

Le gouvernement fédéral devrait examiner sans délai les pratiques de l'industrie pharmaceutique en ce qui concerne la protection des brevets, et en particulier la perpétuation des brevets (« evergreening ») et la réglementation sur les avis de conformité. Il devrait chercher à déterminer s'il y a un bon équilibre entre, d'une part, la protection de la propriété intellectuelle et, d'autre part, la nécessité de limiter les coûts et de donner aux Canadiens un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance non brevetés.

RECOMMANDATION 42 :

Le financement actuel des services de santé dispensés aux Autochtones par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones devrait être consolidé et faire l'objet d'un seul budget dans chaque province et territoire et devrait servir à intégrer les services de soins de santé aux Autochtones, à en améliorer l'accès et à assurer un financement adéquat, stable et prévisible.

RECOMMANDATION 43 :

Les budgets consolidés devraient servir à financer des partenariats pour la santé autochtone qui seraient responsables d'élaborer des politiques, de fournir des services et d'améliorer la santé de la population autochtone. Ces partenariats pourraient revêtir de nombreuses formes et devraient prendre en compte les besoins, les caractéristiques et la situation de la population qu'ils desservent.

RECOMMANDATION 44 :

Le gouvernement fédéral et les provinces doivent prévenir les contestations dont risque de faire l'objet le système de santé canadien en vertu du droit international et des accords commerciaux internationaux par les moyens suivants :

- s'assurer que toutes les réformes futures qui seront mises en œuvre seront protégées par la définition de « services publics » prévue par le droit international et incluse dans les accords commerciaux internationaux auxquels le Canada souscrit;
- renforcer la position du Canada selon laquelle le droit de réglementer les soins de santé devrait être à l'abri des réclamations d'indemnisation émanant des entreprises étrangères.

RECOMMANDATION 45 :

Le gouvernement fédéral doit s'allier à d'autres pays, en particulier les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce, pour faire en sorte que les futurs accords commerciaux internationaux, les accords sur la protection de la propriété intellectuelle et les codes du travail prévoient à la fois le maintien et l'élargissement des soins de santé assurés, financés et fournis par l'État.

RECOMMANDATION 46 :

Le gouvernement fédéral doit exercer un rôle de chef de file dans les efforts internationaux destinés à aider les pays en développement à consolider leurs systèmes de soins de santé au moyen de programmes d'aide extérieure et de développement. Il y a lieu de privilégier plus particulièrement la formation des professionnels de la santé et les programmes de santé publique.

RECOMMANDATION 47 :

Les pouvoirs publics et les organismes de santé nationaux, provinciaux et territoriaux doivent moins compter sur le recrutement des professionnels de la santé des pays en développement.

ÉCHÉANCIER PROPOSÉ DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Le présent rapport propose une vision qui ne se concrétisera pas du jour au lendemain. Nous devons toutefois, de manière prioritaire, nous employer à renforcer les fondements législatifs et institutionnels du régime d'assurance-santé, afin de stabiliser le financement et de régler les problèmes critiques qui minent la confiance des Canadiens dans le système. L'échéancier ci-dessous vise à guider la mise en œuvre des 47 recommandations formulées par la Commission.

Secteur de politique	Début 2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2010	2011-2020
Gouvernance	Réunion des premiers ministres et adoption du Pacte sur la santé	Adoption par le Parlement d'une *Loi canadienne sur la santé* actualisée; établissement du Conseil de la santé du Canada		Entrée en vigueur du Transfert canadien en matière de santé incluant un facteur de progression	Renégociation fédérale-provinciale-territoriale, tous les cinq ans, du Transfert canadien en matière de santé incluant un facteur de progression	
Information et recherche	Poursuite de l'élaboration des dossiers de santé électroniques	Protection de la vie privée prévue dans le *Code criminel*; le Conseil de la santé s'attaque aux indicateurs du rendement, à la collecte des données et à l'évaluation des technologies	Les Instituts de Recherche en Santé du Canada établissent les premiers centres pour l'innovation	Le Conseil de la santé élabore de l'information sur la santé d'utilisation facile pour les Canadiens; création des premiers dossiers de santé électroniques entièrement fonctionnels	Tous les dossiers de santé des provinces et territoires sont mis sous forme électronique en veillant à l'interopérabilité entre les systèmes des diverses provinces	
Dispensateurs de soins		Rationaliser le processus de reconnaissance des diplômes en médecine obtenus à l'étranger; nouveau personnel et nouveaux incitatifs pour régler les problèmes de répartition grâce au Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées et au Fonds des services diagnostiques	Le Conseil de la santé du Canada entreprend une planification à long terme des ressources humaines en santé	Le Conseil de la santé fait des recommandations sur les réformes à apporter à la formation des professionnels de la santé et aux champs d'exercice		
Soins de santé primaires		Nouvelle contribution fédérale de 1 milliard $ aux approches de soins de santé primaires	Nouvelle contribution fédérale de 500 millions $ aux approches de soins de santé primaires; Sommet sur les soins de santé primaires	L'Agence canadienne du médicament lance une stratégie nationale d'immunisation; le Conseil de la santé du Canada informe les Canadiens des progrès accomplis dans le domaine des soins de santé primaires	Le Conseil de la santé poursuit son travail visant à faciliter le développement des soins de santé primaires	Mise en œuvre complète des soins de santé primaires intégrés

Secteur de politique	Début 2003	2003-2004	2004-05	2005-06	2010	2011-2020
Accès et qualité	Création d'un Fonds des services diagnostiques de 1,5 milliard $	Contribution financière fédérale pour du matériel et du personnel supplémentaires dans le domaine des services diagnostiques; adoption par les provinces d'une approche intégrée de la gestion des listes d'attente		Le Conseil de la santé du Canada expose un ensemble complet d'indicateurs du rendement et de la qualité pour le système de santé	Le Conseil de la santé informe régulièrement les gouvernements et les Canadiens des questions touchant l'accès, la qualité et la sécurité et formule des recommandations concernant les améliorations qui devraient être apportées par les gouvernements	
Collectivités rurales et éloignées	Création d'un Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées de 1,5 milliard $	Contribution financière fédérale à de nouveaux projets visant à améliorer l'accès dans les collectivités rurales et éloignées, notamment à accroître le nombre, la répartition et l'éventail des professionnels de la santé et à favoriser l'expansion des approches de télésanté		Expansion des approches de télésanté et des projets connexes grâce au nouveau transfert canadien en matière de santé	Le Conseil de la santé du Canada fait régulièrement état de la santé des Canadiens dans les collectivités rurales et éloignées et formule des recommandations concernant les améliorations qui devraient être apportées par les gouvernements	
Soins à domicile	Nouveau programme visant à aider les aidants naturels	Les services de soins à domicile dans les secteurs prioritaires sont inclus dans la nouvelle *LCS*; nouvelle contribution financière fédérale de 1 milliard $ pour les projets de soins à domicile	Expansion des programmes de soins à domicile grâce aux nouveaux fonds fédéraux		Poursuite de l'expansion des services de soins à domicile, lesquels seront inclus dans la *LCS*	Intégration complète des services de soins à domicile et de soins prolongés dans la *LCS*
Médicaments d'ordonnance		Examen par le gouvernement fédéral de la législation relative aux brevets des médicaments	Établissement d'une Agence canadienne du médicament; entrée en vigueur du Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments, 1 milliard $/ année	Élaboration d'une liste nationale des médicaments inscrits	Établissement d'un programme de gestion des médicaments lié aux soins de santé primaires	Intégration complète des médicaments d'ordonnance pour tous les niveaux de soins et couverture en vertu de la *LCS*
Santé des Autochtones		Négociations intergouvernementales avec les organisations autochtones concernant un financement consolidé	Création d'un fonds consolidé destiné aux nouveaux partenariats pour la santé autochtone	Premiers partenariats pour la santé autochtone fonctionnels	Expansion des partenariats pour la santé autochtone à tout le pays	La majorité des services de santé destinés aux Autochtones sont fournis par le biais des partenariats pour la santé
Mondialisation	Mesures claires pour protéger le système de santé des contestations dont il risque de faire l'objet en vertu des accords commerciaux; réexamen des méthodes de recrutement des professionnels de la santé des pays en développement	La « santé » devient un objectif de politique étrangère; alliance avec d'autres pays afin de faire en sorte que les accords commerciaux internationaux reconnaissent la souveraineté des États lorsqu'il s'agit de protéger leurs priorités en matière de politique sociale; efforts accrus pour aider les pays en développement à consolider leurs systèmes de santé, notamment l'élargissement des projets axés sur la santé publique et l'accès aux technologies de la santé				

ANNEXES

PROPOSITIONS

Au cours de son étape de collecte de renseignements (juin 2001 au 31 décembre 2001), la Commission a lancé un appel de présentations officielles. Toujours soucieuse de faire preuve de transparence, la Commission a affiché les réponses reçues sur son site Web. La Commission a également reçu d'autres mémoires au cours de l'étape de consultation de son mandat.

La liste ci-dessous expose les mémoires officiels reçus par la Commission en date du 13 septembre 2002. Attribués à l'auteur original, ces mémoires ont été préparés expressément pour la Commission.

En plus de mémoires officiels, des personnes et des organisations ont également fait parvenir à la Commission des centaines de propositions et de documents de politiques. Un survol statistique du volume d'appels à la ligne directe de renseignements sans frais de la Commission, de courriels et de lettres en rapport avec l'appel de présentations est fourni à la fin de la présente annexe.

MÉMOIRES D'ORGANISATIONS

Aîné(e)s en Marche
Alberta Association of Registered Nurses
Alberta Catholic Health Corporation
Alberta College of Social Workers
Alberta Consortium for Health Promotion Research and Education
Alberta Federation of Labour
Alberta Medical Association
Alberta Mental Health Board
Alberta New Democratic Party
Alberta Society of Friends of Medicare
Alberta Union of Provincial Employees
Alliance canadienne des associations de centres de santé communautaires
Alliance de la Fonction publique du Canada
Alliance des personnes âgées pour la protection des programmes sociaux du Canada
Alliance for Access to Medical Information
Alternatives North
Amgen Canada Inc.
Armée du Salut
Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada
Assemblée des premières nations du Québec et du Labrador et la Commission de la santé et des services sociaux
Association canadienne d'oncologie psychosociale
Association canadienne d'orthopédie
Association canadienne de gérontologie
Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement
Association canadienne de naturopathie
Association canadienne de physiothérapie
Association canadienne de protection médicale
Association canadienne de santé publique

Association canadienne de soins et de services à domicile

Association canadienne de soins et services communautaires et Association canadienne de soins et services à domicile

Association canadienne de soins palliatifs

Association canadienne des chaînes de pharmacies

Association canadienne des chirurgiens généraux

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc.

Association canadienne des dentistes en santé communautaire

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des infirmières et infirmiers de pratique avancée

Association canadienne des institutions de santé universitaires

Association canadienne des internes et résidents

Association canadienne des médecins d'urgence

Association canadienne des optométristes

Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Association canadienne des pathologistes

Association canadienne des professeures et professeurs d'université

Association canadienne des radiologistes

Association canadienne des retraitées et retraités de l'enseignement

Association canadienne des soins de santé

Association canadienne des travailleurs paramédicaux

Association canadienne-française de l'Alberta

Association canadienne-française de l'Ontario

Association canadienne pour la santé mentale

Association canadienne pour la santé mentale — Terre-Neuve et Labrador

Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie

Association catholique canadienne de la santé

Association catholique de la santé de l'Ontario

Association catholique de la santé du Nouveau-Brunswick

Association catholique manitobaine de la santé

Association chiropratique canadienne et le Canadian Memorial Chiropractic College

Association coopérative d'économie familiale de Québec

Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada

Association de psychologie de l'Ontario

Association dentaire canadienne

Association des archivistes médicales du Canada, Collège des archivistes médicales du Canada

Association des arthritiques de Québec

Association des auxiliaires bénévoles des établissements de santé du Canada

Association des bibliothèques de la santé du Canada

Association des centres pour aînés de l'Ontario

Association des commissions des accidents du travail du Canada

Association des consommateurs du Canada

Association des facultés de médecine du Canada (novembre 2001)

Association des facultés de médecine du Canada (mai 2002)

Association des hôpitaux de l'Ontario

Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada

Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Association des massothérapeutes et praticiens holistiques

Association des médecins de CLSC du Québec
Association des pharmaciens du Canada
Association des retraité-e-s de l'Alliance de la Fonction publique
Association des sourds du Canada
Association des spécialistes en médecine interne du Québec
Association des syndicalistes retraités du Canada
Association des travailleuses et des travailleurs sociaux de l'Ontario et le Social Work Doctors' Colloquium
Association fédérale des retraités fédéraux
Association internationale des pompiers
Association médicale canadienne (juin 2002)
Association médicale canadienne (octobre 2001)
Association médicale du Québec
Association of Chinese Canadian Professionals (C.-B.)
Association of Integrative Medicine of Prince Edward Island
Association of International Physicians & Surgeons of Ontario
Association of Local Public Health Agencies
Association of Midwives of Newfoundland and Labrador
Association of Newfoundland Psychologists
Association of Nurses of Prince Edward Island
Association of Ontario Health Centres
Association québécoise des soins palliatifs
Atlantic Institute for Market Studies
Au Cœur de l'Être
Aventis Pasteur Limited

B.C. Government and Service Employees' Union
B.C. Retired Teachers' Association
Baycrest Centre for Geriatric Care
B.C. Coalition of People with Disabilities
B.C. Freedom of Information and Privacy Association
Bernard Betel Centre for Creative Living
BIOTECanada
Birches Family Advisory Council
British Columbia Medical Association
British Columbia Psychological Association
British Columbia Old Age Pensioners Organization
Bromley Road Baptist Church Social Impact et le groupe de sensibilisation de la collectivité

Calgary Meals on Wheels
Canadian Anesthesiologists' Society and the Association of Canadian University
Canadian Association for Parish Nursing Ministry
Canadian Association for Proximal Stabilization of Cerebral Palsy Children
Canadian Association of Allied Health Programs
Canadian Association of Midwives
Canadian Association of Radiopharmaceutical Scientists
Canadian Cancer Advocacy Network
Canadian Co-operative Association et le Conseil canadien de la coopération
Canadian Council on Integrated Healthcare
Canadian Federation of Nurses Unions
Canadian Midwifery Regulators Consortium
Canadian Public Health Laboratory Forum
Canadian Society of Addiction Medicine
Canadian Union of Public Employees — Ontario Division
Canadian Union of Public Employees — Prince Edward Island
Canadian Union of Public Employees — Saskatchewan et Canadian Union of Public Employees — Health Care Council
Cancer Advocacy Coalition of Canada
Care Watch Toronto
CARP-Canada's Association for the Fifty-Plus
Catholic Women's League of Canada
Catholic Women's League of Canada, Ontario Provincial Council
Centraide du Grand Toronto

Centrale des syndicats démocratiques

Centrale des syndicats du Québec

Centre d'excellence des Prairies pour la santé des femmes

Centre juif Cummings pour aînés

Centretown, Carlington, Somerset West and Sandy Hill Community Health Centres, Ottawa

Chambre de Commerce du Canada

Children and Youth Home Care Network

Chronic Disease Prevention Alliance of Canada

Church in Society Committee

Citizens for Choice in Health Care

Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance

Coalition canadienne de la santé

Coalition canadienne en santé oculaire

Coalition d'Ottawa pour la santé

Coalition for Primary Health Care

Coalition of Physicians for Social Justice

Coalition pour des soins de fin de vie de qualité

Coalition pour la vie active

Coalition to Save Social Programs

Collège canadien des directeurs de services de santé

Collège canadien des directeurs de services de santé — Bluenose

Collège des médecins de famille du Canada

College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique (UBC)

College of Registered Nurses of Manitoba

College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia

Collège québécois des médecins de famille

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (juin 2002)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (octobre 2001)

Comité canadien pour l'allaitement

Community Social Planning Council of Toronto

Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D)

Concerned Friends of Ontario Citizens in Long Term Care Facilities

Confédération des syndicats canadiens

Conférence de la baie de Quinte — Église Unie du Canada

Conférence religieuse canadienne — région du Québec

Congrès canadien des sciences neurologiques

Congrès du travail du Canada

Conseil canadien d'agrément des services de santé

Conseil canadien des chefs d'entreprise

Conseil canadien de développement social

Conseil canadien des organismes bénévoles en santé

Conseil canadien des sociétés publiques-privées

Conseil catholique d'expression anglaise

Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse

Conseil des Canadiens avec déficiences

Conseil des Canadiens, Chapitre Coquitlam

Conseil des Canadiens, Chapitre Nelson, Comité sur la santé

Conseil du patronat du Québec

Conseil du Premier ministre sur la condition des personnes handicapées, Nouveau-Brunswick

Conseil du travail d'Edmundston et région

Conseil national des Canadiens chinois

Conseil national des femmes du Canada

Conseil ontarien des services de santé pour les femmes

Conseil régional de santé de Thames Valley

Corporation canadienne des retraités intéressés (région de l'Ontario)

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia

Dakota Ojibway Tribal Council des premières nations du Québec et du Labrador

Deep River and District Hospital

Diagnostic Imaging and Therapy Systems Council

Diocèse catholique romain d'Halifax

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada

Drug Trading Company Limited

Durham Haliburton Kawartha and Pine Ridge District Health Council

Durham Paramedic Association

Durham Region Health Coalition

East Thompson/North Shuswap Community Health Advisory Committee

Ecumenical Health Care Network

Ecumenical Health Care Network et Kairos : Initiatives canadiennes œcuméniques pour la justice, Kitchener consultation

Edmonton Highlands Health Care Action Group

Edmonton McClung and Edmonton Meadowlark NDP Provincial Constituency

Église Unie du Canada, conférence à Hamilton

Eli Lilly Canada Inc.

Emergency Nurses Association of Ontario

Extendicare (Canada) Inc.

Faith Partners

Family Caregivers Association of Nova Scotia

Family Council of Northwoodcare Incorporated

Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants

Fédération canadienne des femmes diplômées des universités

Fédération de l'Âge c 'Or du Québec

Fédération des associ itions étudiantes du campus de l'Université de Montréal

Fédération des Associations Étudiantes en Médecine du Québec

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada

Fédération des étudiants en médecine du Canada

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Fédération des parents francophones de Terre-Neuve et du Labrador

Fédération du travail de l'Ontario

Fédération Franco-TéNOise

Fédération nationale des retraités et citoyens âgés (août 2001)

Fédération nationale des retraités et citoyens âgés (mars 2002)

Federation of Saskatchewan Indian Nations

Fondation des maladies du cœur du Canada

Forum provincial des Présidents de groupes d'étude sur la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale

Front commun pour la justice sociale — Nouveau-Brunswick

Gerontological Nurses Association (Ontario)

GlaxoSmithKline Inc.

Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, Department of Health and Community Services

Greater Ottawa Chamber of Commerce

Green Shield Canada

Grey Bruce Huron Perth District Health Council

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Groupe d'intervention action santé (HEAL)

Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire

Group of IX Seniors Organizations in Nova Scotia

Halifax Faith Groups

Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Health and Community Services, St. John's Regions

Health Association of B.C.

Health Care Coordination Initiative (Canadian Forces, Correctional Service Canada, Health Care Leaders Association of B.C.)

Health Sciences Council at the University of Alberta

Home Support Action Group et Dr Kari Krogh

Hôpital d'Ottawa, Comité aviseur sur les soins spirituels

Hôpital général de Saint-Boniface

Hôpital général de Whitehorse

Hôpital Monfort

Infirmières de l'Ordre de Victoria

Initiative de coordination des soins de santé (Forces canadiennes, Service correctionnel du Canada, Gendarmerie royale du Canada, et Anciens combattants Canada)

Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé

Initiatives canadiennes œcuméniques pour la justice

Injured Workers Consultants Community Legal Clinic (Toronto)

Institut canadien de santé infantile

Institut canadien des actuaires

Institut national canadien pour les aveugles

Institut professionel de la fonction publique du Canada et Yukon Employees Union of the public

Institute for Aboriginal Health, Division of First Nations Health Careers

Instituts de recherche en santé du Canada

Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé des femmes et des hommes

Instituts de recherche en santé du Canada, Institut du vieillissement

International Society for Augmentative and Alternative Communication-Canada

IWK Health Centre

Joint Provincial Nursing Committee of Ontario

Kids First Parent Association of Canada

Kingston and the Islands Federal Liberal Association (Policy Committee)

Kingston Health Coalition

Le Bureau d'assurance du Canada

Le réseau-centre canadien Cochrane — La Collaboration Cochrane

Les enseignantes et les enseignants retraités de l'Ontario

Lethbridge Raging Grannies

Liberal Party of Alberta

Medical Reform Group

Medtronic of Canada, Ltd.

Métallurgistes unis d'Amérique

Métallurgistes unis d'Amérique, section locale 1005

Ministres provinciaux et territoriaux responsables de l'activité physique, des loisirs et des sports

Moose Jaw — Thunder Creek District Health Board

Mount Zion Lutheran Church, Edmonton

Mountain View Women's Institute

Movement for Canadian Literacy

Multicultural Women's Organizations of Newfoundland and Labrador, National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada et Newfoundland and Labrador Health in Pluralistic Societies

Native Women's Association of Canada

Nelson and Area Health Council

New Green Alliance

New Brunswick Council of Hospitals Unions

New Brunswick Council of Nursing Home Unions

New Brunswick Federation of Union Retirees

New Brunswick Health Care Association

Newfoundland & Labrador Centre for Health Information and EDS Canada

Newfoundland & Labrador Federation of Labour

Newfoundland and Labrador Health Boards Association

Newfoundland and Labrador Nurses' Union

Newfoundland and Labrador Palliative Care Association

Norfolk General Hospital
Norms and Narrative Research Group et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
Northwest Territories Registered Nurses Association
Nouveau parti démocratique du Canada
Nova Scotia Citizens' Health Care Network
Nova Scotia College of Chiropractors
Nova Scotia Government & General Employees Union
Nova Scotia League for Equal Opportunities
Nova Scotia Provincial Health Council

Older Women's Network (Hamilton and District Chapter)
Older Women's Network (Ontario) Inc.
Ontario Association of Medical Laboratories
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors
Ontario Association of Optometrists
Ontario Brain Injury Association
Ontario College of Family Physicians
Ontario Consultants on Religious Tolerance
Ontario Health Coalition
Ontario Long Term Care Association
Ontario Medical Association, Section on Emergency Medicine
Ontario Metis Aboriginal Association
Ontario Nurses' Association
Ontario Psychological Association — Section on Independent Practice
Ontario Society (Coalition) of Senior Citizens' Organizations
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario
Organisation nationale de la santé autochtone

Pensioners and Senior Citizens/50+ Federation
Prairie Hope Ministries Inc.
Presbytère de Winnipeg, Église Unie du Canada
Prince Albert Citizen's Agenda Committee
Prince Edward Island Teachers' Federation
ProBed Medical Technologies Inc.
Projet Genesis
Province de la Nouvelle-Écosse
Public Health Nursing Leaders Council of British Columbia

Qikiqtani Inuit Association
Quartier général de la Défense nationale

Ralliement national des Métis
Redberry Lake NDP Association
Régime d'assurance des enseignantes et enseignants de l'Ontario
Region of Peel, Health Department
Regional Health Authorities of Manitoba
Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan
Registry of Marriage and Family Therapists in Canada
Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario
Regroupement des organisations nationales bénévoles
Réseau canadien pour la santé des femmes
Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
Réseau national d'action EM/FM
Réseau pour la promotion de la santé des aînés de l'Atlantique
Réseau québécois pour la santé du sein
Riverdale Seniors' Council
Running to Daylight Foundation — The Ben Globerman Memorial
Rural Health Connection Committee

Sal'i'shan Institute
Saskatchewan Academic Health Sciences Network
Saskatchewan Action Committee, Status of Women

Saskatchewan Government and General Employees' Union — Health Sector

Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Inc.

Saskatchewan Psychological Association

Saskatchewan Union of Nurses

Saskatchewan Voice of People with Disabilities

Saskatoon & District Chamber of Commerce Health Opportunities Committee

Saskatoon Council on Aging, Informal Caregiver Centre

Saskatoon Health Oasis

Sauve-qui-pense

Section nationale du droit de l'immigration et de la citoyenneté, Association du Barreau canadien

Senior Link

Senior Peoples' Resources in North Toronto Inc. (SPRINT)

Seniors' Action and Liaison Team (Edmonton)

Seniors' Network of British Columbia

Seniors' University Group, Inc., Université de Regina

Services de counseling de Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls

Social Policy Research Unit, Université de Regina

Société canadienne d'ophtalmologie (décembre 2001)

Société canadienne d'ophtalmologie (juin 2002)

Société canadienne d'orthoptique

Société canadienne de cardiologie

Société canadienne de gériatrie

Société canadienne de la sclérose en plaques

Société canadienne de médecine nucléaire

Société canadienne de pédiatrie

Société canadienne de psychanalyse

Société canadienne de psychologie

Société canadienne de rhumatologie

Société canadienne de schizophrénie

Société canadienne de télésanté

Société canadienne des anesthésiologistes et Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie

Société canadienne du cancer

Société canadienne du sang

Société de la médecine rurale du Canada

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Société Parkinson Canada

Squamish and District Labour Committee

St. Christopher House

St. John's Nursing Home Board

St. Joseph's Care Group, Marycrest Home for the Aged

St. Michael's Hospital

Steelworkers Organization of Active Retirees

Strait Richmond Community Health Board

Syndicat canadien de la fonction publique

Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier

Syndicat des employés d'hôpitaux

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Syndicat national des employées et employés généraux et du secteur public

Table de concertation en santé de l'Ontario

T-Fact Canada Corp. Ltd.

Toronto & York Region Labour Council

Toronto Dental Coalition

Toronto Health Coalition & Friends of Medicare Toronto

Toronto Public Health

Toronto Rehabilitation Institute

Toronto School of Traditional Chinese Medicine

Townshippers' Association

Transitional Council of the College of Osteopathic Manual Practitioners of Ontario

Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile (TCA-Canada)

Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile section locale 222 et travailleurs retraités

Troubles d'apprentissage — Association du Nouveau-Brunswick

Ukrainian Women's Association of Canada
Union internationale des employés de services
Union of Nova Scotia Municipalities
United Church of Canada
University College of the Cariboo
University Health Network (juin 2002)
University Health Network (septembre 2001)
University of British Columbia School of Nursing

Valley Caregivers Support Group, Rural Nova Scotia
Vancouver-Quadra Constituency
Victoria Coalition for Health Care Reform

Watson Wyatt Canada
We Care for Tantramar Health Services Committee
Western Arctic Aboriginal Head Start Council
Western Cities Medical Health Officers
William M. Mercer Limited
WoodGreen Community Centre of Toronto

Yee Hong Centre for Geriatric Care
YMCA Canada
York Support Services Network
YouthCO AIDS Society
Yukon Federation of Labour et Whitehorse General Hospital Local of the Professional Institute of the Public Service of Canada
Yukon Medical Association
YWCA du Canada

MÉMOIRES DE PARTICULIERS CANADIENS

Abell, Dr Margaret E.; Abell, Dr Nicholas A. et Abell, Dr W. Robert
Alter, Dr Robin
Andermann, Anne
Anderson, Richard
Arnott, Roy; Arnott, Barbara; Arnott, Joanne; Arnott, Marc; Arnott, David et Arnott, Jenna

Baltzan, Dr M.A.
Barnes, Keith E.
Basnyat, Dr S.
Bass, Peter
Bazett, Michael
Becker, Dr Henry A.
Bennett, Carolyn, Députée
Bennett, Meagan
Bertoia, Frank
Bigham, Bruce

Bizon, Norman J.
Blair, Stephen G.
Boddy, Victoria
Boissonnault, Bruce A.
Bonham, Gerald
Braun, Jolene
Brett, Todd
Bryde, John
Byrne, Dr Joseph M.

Calderhead, Vincent
Campbell, Elaine; Doran, Cheryl et Enman, Anna
Campigotto, Mary Jane
Caro, Dr Denis H. J.
Castonguay, Claude, Ancien ministre de la Santé du Québec
Champagne, Philippe
Chance, Graham W.

Chatee, Selwyn
Church-Labrick, Conrad
Clarke, Stephen
Clarkson, Darrell
Cleveland, Dr Eric
Conrick, Rev. Gail
Corley, Judy
Corney, Brenda D.
Crispo, Dr John

Daniel, Alice J.
Dascavich, William
Davie, Brenda
Davitt, W. Shawn
Day, Dr Brian
Denman, Harold
Desjardins, L.L.
Desjardins, Louis
Dickson, Jim
Disher, Sandi
Dobson, Joy
Dolesch, Steve

Eaton, R. Mike
Emerson, Dr Brian P.
Erban, Joseph et Dworkind, Dr Michael
Evans, Robert G.

Fahey, Marilyn
Fewster, Jean
Finley, Sandra
Finn, Jean-Guy
Fitzgerald, Dr G. William N.
Flood, John M.
Ford, Dr Denys K.
Frank, Dr John
Fulton, Lorna

Gagliardi, Jack
Galbraith, Denise
Garic, Bojan
Gibson, Maggie
Godbout, Jean
Griew, Dr Stephen
Gurin, David
Gventer, Matthew

Hack, Arshad
Hajaly, Robert
Haliburton, Mary-Sue
Halkett, Murray
Hann, Crystal
Hardy-Joel, Rhonda
Harris Burgess, Dr Joanne
Heath, Olga
Hempel, Lina
Henry, Régis
Henshaw, Daniel
Heshka, Jean et Heshka, William
Hill, Percy
Hlady, Vibeke
Hoare, Christopher
Holmberg, Dale
Holzman, Linda
Howard, Ross
Hubbert, Anne
Hudson, Dr John Edward

Johnson, Bonny
Johnson, Peter
Jones, Ernest
Jordan, Joe, Député
Jordon, Jim
Jost, Phil A.
Joyal-Painchaud, Monique

Kastelic, Kathryn
Kelly, Dr Francis B.
Kelly, Wayne
Knowles, Caroline
Kochalyk, Kim I.
Kochan, Maria H.
Kreasul, Robert G.
Kristensen-Rawluk, Joan

Kumanan, Mekalai
Kurisko, Dr Lee
Kwan, Klotz

Labaty, Christine
Lack, J.
LaMarre, Joshua
Lamarsh, John D. et Snider, Earle
Leadston, Thomas
Lee, Ed
Leonard, Shaina
Leung, Rebecca K.
Lichtman, J.
Lipka, Miguel Angel
Loiselle, Aurora
Lynch, Tim
Lytton, Hugh

MacDonald, Dr M. H.
Mackey, Dr Paul
MacLean, Michael; Jasper, Grace et les étudiants du cours sur le travail social et le vieillissement, Faculty of Social Work, Université de Regina
Maher, E.J.
Malloy, M.L.
Mandzyk, Kim
Mark, Inky, Député
Mason, S.
Mayer, Teresa
Mccorquodale, Ross
McDaniels, Eugene
McGregor, Maurice
McGurrin, Helen
McInnes, Dawn
Milligan, Verna
Mitchell, Andrew
Moisse, Jim
Monahan, Kevin
Morgan, Gerry
Morrison, Bob et Morrison, Denise
Mosher, Cindy
Moulton, Carlyn

Neilson, John
Nelson, Vernon E.

O'Connor, Denise
O'Hagan, Mary
Oancia, Tammy
Olsen, John

Palmer, Patrick
Palmer, Selwyn
Papish, Dr Roy O.
Parrish, Carolyn, Députée
Patrick, Donald R.
Peters, Melissa
Pittman, Michael
Pniauskas, Sandi
Pond, Morgan
Popple, Jeff
Pratt, Camellia C.
Pratt, David, Député
Prytulak, Dr Walter

Randall, Patricia L. (Caputo)
Rawluk, Tanya
Renwick, Jeff
Richardson, C.H.
Ritcey, Gerald C.
Roddick, Paul M.
Ross, Bob
Ross, Margaret M.; MacLean, Michael J. et Fisher, Rory
Rourke, Dorothy
Roy, Carole
Russell, Dr Robert

Sarmiento, Linda
Scriver, Dr Charles R.
Shaw, Mavis
Shaw, Otalene
Shewan, Mary Doris
Simpson, Eva et Simpson, John
Sloan, Gillian

Smith, David E. et St. Denis, Daniel
Sneddon, Bill
Souch, Arlene
Speck, Brandi
Speer, David
Spilchen, Marg
Staples, Brian
Stogre, Fr. Michael
Stolte, Juanita

Telegdi, Andrew, Député
Thériault, Gérard
Thompson, Brian
Throness, Laurie
Trudel, Paul
Tuck, Dennis G.
Tucker, Robert
Turner, Carolyn

Verburg, Geb
Vynckier, Cynthia

Waldner, Dianna
Watson, Ellen et Watson, Brad
Warrick, Dr Paddy
Westfall, Andrea
White, Norma
Whitfield, Kyle
Williams, Lloyd R.
Wilson, E. Donald
Wirsig, Claus
Wiseman, Herb
Wolf, Shelly
Wong, Alfred

Zur, Andrew

AUTRES COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS ADRESSÉS À LA COMMISSION

En plus des mémoires officiels, la Commission a également reçu des commentaires informels de la part de particuliers, d'intervenants dans le domaine des soins de santé et de groupes de revendication canadiens. Ces propositions ont pris la forme de résumés, de courriels, de lettres et d'appels à la ligne directe de renseignements sans frais de la Commission .

Type de correspondance *	**Total**
Poste	6 736
Courrier électronique	4 421
Appels 1-800	2 927
Correspondance totale	**14 084**

*En date du 13 septembre 2002.

CONSULTATIONS

SÉANCES DE DIALOGUE AVEC LES CITOYENS

La Commission s'est associée aux *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques*, un groupe de réflexion sans but lucratif spécialisé dans l'étude des politiques, en vue d'organiser, dans différentes régions du pays, 12 séances de « dialogue délibératif » d'une journée. Chaque séance a permis de réunir une quarantaine de Canadiens choisis au hasard. Au départ, les participants ont rempli un questionnaire portant sur leurs perceptions des défis auxquels fait face le système de santé du Canada et sur les solutions qu'ils préconisaient pour les surmonter. On leur a ensuite remis un manuel qui décrivait quatre scénarios de revitalisation du système de santé et qui pesait le pour et le contre de chacun de ceux-ci. Une analyse des données historiques de recherche sur l'opinion publique a révélé que chacun des scénarios a reçu un assez bon appui du public — malgré le fait que certains d'entre eux reposaient sur des valeurs apparemment divergentes. Les séances de « dialogue délibératif » avaient pour objet d'obliger les Canadiens à faire des choix difficiles entre des scénarios inconciliables.

Avec l'aide de modérateurs professionnels, les participants ont discuté le reste de la journée des quatre scénarios et de leurs conséquences probables. En fin de journée, on leur a demandé de remplir un second questionnaire visant à déterminer si leurs perceptions initiales avaient changé; si c'était le cas, ils devaient en donner les raisons. Les résultats des 12 séances ont été analysés, puis des orientations et des thèmes communs ont été dégagés. On a ensuite réalisé un sondage d'opinion national en vue de déterminer si les résultats du « dialogue délibératif » seraient validés. Les quatre scénarios étaient les suivants :

- **Accroissement de l'investissement public** — Le premier scénario consistait à accroître les ressources (médecins, infirmières et équipement) afin de régler les problèmes actuels du système en augmentant les dépenses publiques, soit par une hausse des impôts, soit par une réaffectation des crédits attribués à d'autres programmes gouvernementaux.
- **Partage des coûts et des responsabilités** — Le deuxième scénario proposait d'investir davantage de ressources pour régler les problèmes actuels, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais plutôt en mettant en place un système de participation aux coûts des services de santé, qui inciterait les citoyens à ne pas surutiliser le système et qui fournirait les fonds nécessaires.

- **Accroissement du rôle du secteur privé** — Le troisième scénario reposait sur l'idée de donner aux citoyens le choix de recourir davantage au secteur privé pour obtenir des services de santé. Tout en jouissant des avantages du système public, les Canadiens pourraient également avoir accès à des services offerts par le secteur privé (par des entreprises à but lucratif ou sans but lucratif) en les payant directement ou en souscrivant à une assurance privée.
- **Réorganisation du mode de prestation des services** — Le quatrième scénario consistait à réorganiser la prestation des services de manière à intégrer davantage les soins, à réaliser des économies et à élargir la portée du régime. Ainsi, chaque Canadien pourrait s'inscrire à un réseau de professionnels de la santé qui travailleraient en équipe pour offrir des services mieux coordonnés et plus rentables et pour améliorer l'accès aux soins.

Date	**Lieu**
19 janvier 2002	Montréal
20 janvier 2002	Montréal (en français)
2 février 2002	Vancouver
9 février 2002	Halifax
9 février 2002	Thunder Bay
10 février 2002	Halifax
16 février 2002	Calgary
16 février 2002	Bathurst (en français)
23 février 2002	Regina
23 février 2002	Québec (en français)
2 mars 2002	Toronto
2 mars 2002	Ottawa

FORUMS TÉLÉVISÉS PAR LA CPAC

Afin de sensibiliser la population aux défis auxquels fait face le système de santé et de favoriser un débat éclairé durant les consultations publiques, la Commission a mis sur pied plusieurs activités d'éducation du public, notamment une série de forums sur les politiques qui ont été diffusés à l'échelle nationale en partenariat avec la Chaîne d'affaires publiques par câble (CPAC). Lors de cette série de forums, présentés en six émissions, des experts en politiques de la santé ont exprimé différents points de vue dans le cadre d'un débat dirigé portant sur des questions clés liées aux soins de santé. Chaque émission a été suivie d'une tribune téléphonique qui a permis aux Canadiens intéressés de poser des questions aux participants.

Les sujets débattus étaient les suivants :

- Valeurs : Qu'attendent les Canadiens de leur système de santé?
- Viabilité : Avons-nous les moyens financiers que nécessite le régime d'assurance-santé?
- Leadership : Qui devrait prendre les décisions dans le système de santé canadien?
- Accès : Quels devraient être les droits des Canadiens en matière de santé?
- Principes : La *Loi canadienne sur la santé* : paratonnerre ou balise?
- Innovation : L'innovation peut-elle sauver le système de santé canadien?

24 janvier 2002

Valeurs : Qu'attendent les Canadiens de leur système de santé?

Crête, Jean
Professeur titulaire, Département de science politique, Université Laval

Graves, Frank
Président, EKOS

Mendelsohn, Matthew
Professeur, Département des études politiques, Université Queen's

31 janvier 2002

Viabilité : Avons-nous les moyens financiers que nécessite le régime d'assurance-santé?

Evans, Robert G.
Professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique

Haddad, Henry (Dr)
Ancien président, Association médicale canadienne

Lee-Crowley, Brian
Président, Atlantic Institute for Market Studies

7 février 2002

Leadership : Qui devrait prendre les décisions dans le système de santé canadien?

Lomas, Jonathon
Directeur exécutif, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Maslove, Allan
Professeur, School of Public Administration, Université Carleton

Paquet, Gilles
Chercheur principal, Centre d'études en gouvernance, Université d'Ottawa

14 février 2002

Accès : Quels devraient être les droits des Canadiens en matière de santé?

Sinclair, Douglas (Dr)
Président, Association canadienne des médecins d'urgence

Wong-Rieger, Durhane
Présidente, Institut de l'anémie

Wootton, John (Dr)
Rédacteur scientifique, Journal canadien de la médecine rurale

21 février 2002

Principes : La *Loi canadienne sur la santé* : paratonnerre ou balise?

Flood, Colleen
Professeure adjointe, Faculté de Droit, Université de Toronto

Orovan, William (Dr)
Président, Provincial Working Group on Financing of Academic Health Science Centres

Prémont, Marie-Claude
Professeure agrégée, Faculté de droit, Université McGill

28 février 2002
Innovation : L'innovation peut-elle sauver le système de santé canadien?

Armstrong, Pat
Professeur, Département de sociologie, Université York

Poston, Jeff
Directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada

Rachlis, Michael (Dr)
Analyste des politiques de santé

AUDIENCES PUBLIQUES

Dans le but de tirer profit des observations et des conseils des Canadiens ainsi que des groupes d'intervenants et de défense des droits, la Commission a organisé 21 jours d'audiences publiques d'un bout à l'autre du pays. Pour faciliter la participation des collectivités éloignées, elle a permis aux intéressés de faire part de leurs observations par téléphone. Par ailleurs, afin d'obtenir un tableau global et une représentation équilibrée des opinions, elle a publié des avis dans des journaux de différentes régions du pays invitant les particuliers et les groupes intéressés à se faire connaître et à soumettre en une page le résumé de leurs observations. À la fin de chaque séance, la Commission donnait la parole aux particuliers qui souhaitaient faire des commentaires au sujet des débats ou fournir d'autres renseignements. Les participants pouvaient s'adresser à la Commission dans la langue officielle de leur choix. Au Nunavut, des dispositions spéciales ont été prises pour que les exposés puissent être présentés en inuktitut. Toutes les séances ont été diffusées dans les deux langues officielles par la Chaîne d'affaires publiques par câble (CPAC).

Regina - 4 mars 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des retraitées et retraités de l'enseignement

Association des syndicalistes retraités du Canada

Citizens Concerned About Free Trade

Conseil des Canadiens

Divisions scolaires francophones

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada

Fédération des contribuables canadiens

Fédération du travail de la Saskatchewan

Federation of Saskatchewan Indian Nations

Gouvernement de la Saskatchewan — Hon. Lorne Calvert, Premier ministre

Gouvernement de la Saskatchewan — Hon. John Nilson, Ministre de la Santé

Prince Albert Health District

Saskatchewan Action Committee, Status of Women

Saskatchewan Community Health Cooperative Federation

Exposés des citoyens

Adair, Carol

Bryden, John

Bury, John

Finley, Sandra

Gill, Carmen

Holmberg, Dale

Kerr, Mildred

Lavergne, Jocelyne

Silver, William

Storrie, Kathleen

Taylor, Allan

Thériault, Luc

Zerr, Deborah

Saskatchewan Medical Association
Saskatchewan Palliative Care Association
Saskatchewan Voice of People with Disabilities
Saskatoon and District Chamber of Commerce
Survivors of Suicide, Chapitre de Regina

Winnipeg - 6 mars 2002

Exposés des organisations

Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada
Assembly of Manitoba Chiefs
Canadian Union of Public Employees — Manitoba Regional Office
Catholic Health Association of Manitoba
Centre canadien de politiques alternatives
Centre manitobain des politiques en matière de santé
Frontier Centre
Gouvernement du Manitoba — Hon. Gary Doer, Premier ministre
Gouvernement du Manitoba — Hon. Dave Chomiak, Ministre de la Santé
Gouvernement du Manitoba — Hon. Greg Selinger, Ministre des Finances
Manitoba Association of Optometrists
Manitoba Chiropractors Association
Manitoba Psychological Society
Manitoba Retirees
Redvers Chamber of Commerce Health Task Force
Societé franco-manitobaine
Southern Chiefs Organization
Université du Manitoba — College of Nursing
Winnipeg Regional Health Authority

Exposés des citoyens

Cooper, Austin
Currie Waldie, Mark
De Jardin, Alan
DeWiele, Lorraine (Dr)
Ducharme, Theresa
Hiebert, Eduard
Hryciw, Nancy
Hutchings, Douglas
Johnson, Paul
Peterson, Gary
Shapiro, Evelyn
Shtatleman, Barry
Somerville, Irvine
Somerville, Sandra
Vieno, Marlene
Yuin, Joseph

Vancouver - 12 mars 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer
BC Coalition of People with Disabilities
BC Nurses Union
British Columbia Medical Association
Cambie Surgery Centre
Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance
College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia

Exposés des citoyens

Balabanov, Olive
Baxter, David
Blais, Lois M.
Cocks Hayward, Jane
Eagle, Ron
Hlady, Vibeke
Jordan, Jim
Koch, Thomas (Dr)
Prouten, Bill

Fédération des francophones de la Colombie-Britannique
First National Chiefs' Health Committee
Gouvernement de la Colombie-Britannique — Ministry of Health Services — Provincial Health Services Authority
Health Association of British Columbia
Info-Lynk Consulting
Institut Fraser
Nouveau parti démocratique du Canada — Alexa McDonough
Université de la Colombie-Britannique — Centre for Health Services and Policy Research
William M. Mercer Ltd

Rattew, Keith
Sobol, Isaac (Dr)
Winters, Ronald
Wong, Alfred
Zeller, Allan L.

Victoria - 14 mars 2002

Exposés des organisations

Association canadienne de naturopathie
BC Aboriginal Network on Disability Society
BC Government and Service Employees' Union
Canadian Cooperative Association — BC Region
Gouvernement de la Colombie-Britannique — Hon. Sindi Hawkins, Ministry of Health Planning
Home Support Action Group of Victoria
Nouveau parti démocratique de la Colombie-Britannique — Joy McPhail
Pender Island Health Clinic
Seniors on Guard for Medicare
Société canadienne de la sclérose en plaques
Université de Victoria — École des sciences infirmières
Victoria Coalition for Health Reform
Victoria Hospice Society

Exposés des citoyens

Aikman, Chris
Attridge, Carolyn
Bevis, Fred
Brandt, Katherine
Buna, Michael (Dr)
Cooper, Glenn
Dowman, Greg
Duncan, Peter (Dr)
Galasso, Pascuale (Dr)
Hayashi, Allen (Dr)
Mackey, Paul (Dr)
Martin, Victoria
Mattson, Debra
Neubauer, Joanne
Newbigging, Barbara
Scott, Donald
Starcher, Dana
Thompson, Patrick
Vantreight, Ian

Québec - 25 mars 2002

Exposés des organisations

Association coopérative d'économie familiale du Québec
Association des arthritiques du Québec
Association des médecins de CLSC du Québec
Association des optométristes du Québec

Exposé d'une citoyenne

Price, Shelley

Association des régions du Québec
Association des résidences pour retraités du Québec
Association des townshippers
Association médicale du Québec (AMQ)
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
Association québécoise de soins palliatifs
Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Centrale des syndicats démocratiques
Conférence religieuse canadienne, région du Québec
Conseil catholique d'expression anglaise
Conseil du patronat du Québec
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
Fédération des associations étudiantes en médecine du Québec (FAEMQ)
Institut Fraser
La Fondation Frost pour les soins de santé
L'Institut économique de Montréal (IEDM)
Merck Frosst Canada Ltée
Parti libéral du Québec — Hon. Jean Charest
Réseau québécois pour la santé du sein
Système VisualMed

Montréal - 26 mars 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des individus retraités
Association des spécialistes en médecine interne du Québec
Association québécoise de gérontologie
Centrale des syndicats du Québec
Chambre de commerce du Québec
Coalition des médecins pour la justice sociale
Coalition pour le maintien dans la communauté
Coalition solidarité santé
Collège des médecins du Québec
Collège québécois des médecins de famille
Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill
Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec
Confédération des syndicats nationaux

Exposés des citoyens

Alexan, Nadia
Banik, Upen
Donnelly, Brenda
Forget, Claude E.
Hushley, Del
Hussain, Jalaluddin

Conseil provincial pour la protection des malades
Faculté de droit — Université McGill
Faculté de médecine — Université McGill
Faculté de médecine — Université McGill — Éducation médicale
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer
Force jeunesse
Inuit Tapiriit Kanatami
Project Genesis
Services juifs de soutien aux aînés
Société canadienne de la sclérose en plaques du Québec
Société canadienne de l'hémophilie — Section Québec
Société canadienne de médecine nucléaire

Toronto - 2 avril 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des "Snowbirds"
Association canadienne-française de l'Ontario
Association des consommateurs du Canada
Association des hôpitaux de l'Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Canada 25
Canadian Council on Integrated Health Care
Chiefs of Ontario
Gouvernement de l'Ontario — Hon. Tony Clement, Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Instituts de recherche en santé du Canada
Nouveau parti démocratique de l'Ontario — Howard Hampton
Ontario Dialogue on Health Care
Ontario Health Coalition
Ontario Medical Association
Le Parti libéral de l'Ontario — Dalton McGuinty
Rotary Club of Toronto — Don Valley
Toronto Health Coalition

Exposés des citoyens

Babb, Clement
Chovaz McKinnon, Cathy
Crispo, John
Greenlea, Carol
Grieb, Claudette
Horsfall, Clive
Horsfall, Susan
Krehm, William
MacLeod, Chris
Marsden, Anne
Meade, Ethel
Oh, John
Rae, John
Reinsborough, Arleen
Reinsborough, John
Taylor, Marcia
Young, Gilbert

Ottawa - 4 avril 2002

Exposés des organisations

Assemblée des Premières Nations
Association canadienne de santé publique
Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques

Exposés des citoyens

Bond, Daryn
Bowes, Denise

Association canadienne de soins palliatifs
Association canadienne des soins de santé
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des syndicalistes retraités du Canada
Association médicale canadienne
Le Bureau d'assurance du Canada
Coalition canadienne de la santé
Coalition d'Ottawa pour la santé
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada
Congrès du travail du Canada
Conseil canadien des organismes bénévoles en santé
Conseil national des femmes du Canada
Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario

Iqaluit - 8 avril 2002

Exposés des organisations

Gouvernement du Nunavut — Hon. Edward Picco, Ministre de la Santé et des Services sociaux
Nunavut Tunngavik Incorporated
Pauktuutit — Inuit Women's Association of Canada
Qikiqtani Inuit Association

Sudbury - 11 avril 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des chaînes de pharmacie
Association des Métis autochtones de l'Ontario
Cambrian College Pre-Health Group 24
Conseils régionaux de santé de l'Ontario
Group Health Centre Sault Ste-Marie
Métallurgistes unis d'Amérique
Ontario Association of Speech Language Pathologists and Audiologists
Ontario Coalition Society of Senior Citizens' Organizations
Ontario College of Family Physicians
Service de Counselling de Hearst-Kapuskasing-Smooth Rock
Société canadienne de psychologie
Société de la médecine rurale du Canada
Sudbury and District Board of Health
Sudbury and District Labour Council
Université Laurentienne — École des sciences infirmières

Diegel, Martin
Diegel, Wendy
Duffey, Romney B.
Evans, Allayne
Hubbert, Anne
King, Phillip
Miller, Allison
O'Kelly, Fionuala
Priestman, Kathleen
Roy, Carole
Smith, Ralph
Sniderman, Allan
Snipper, Jon
Steeves, Valerie
Walker, John
Yeo, Michael

Exposés des citoyens

Cooper, Rosemary
Ell, Monica
Galia, Rosario Ann
Idlout, Lori
Okalik, Eegesiak
Wilman, Mary

Exposés des citoyens

Blanco, Jose
Bond, Fred
Bucholtz, Elaine
Butcher, Marilyn
Fritz, Elaine
Glass, Karen
Hoop, Annette
Lounsbury, Hubert
Murray, J. Scott
Nash, Chris
Rebellaton, Nancy
Roellchen-Pfohl, Paul
Salamon, Steven A.J.
Skierszkan, Karl
Soule, Clarence

St. John's - 15 avril 2002

Exposés des organisations

Association canadienne pour la santé mentale — Terre-Neuve et Labrador

Association de santé publique de Terre-Neuve et du Labrador

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador

Commission des services de santé des Inuits du Labrador (LIHC)

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) — Norms & Narratives Research Group

Conseil des Canadiens

Dieticians of Newfoundland and Labrador

Fédération des parents francophones

Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador — Hon. Gerald Smith, Minister of Health and Community Services

Labrador West District Labour Council

Multicultural Women's Organization of Newfoundland and Labrador

New Democratic Party of Newfoundland and Labrador — Jack Harris

Newfoundland and Labrador Association of Public and Private Employees

Newfoundland and Labrador Health Boards Association

Newfoundland and Labrador Health in Pluralistic Societies

Newfoundland and Labrador Medical Association

Newfoundland and Labrador Nurses Union

Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador

Université Memorial, Terre-Neuve — Faculté de médecine

Exposés des citoyens

Burke, Cynthia

Day, Judith (Infirmière autorisée)

Eaton, Geoff

Heath, Olga

Hicks, Philip

Janes-Hodder, Honna

Mayo, Tom

Patey, Paul

Piller, Janine

Pittman, Michael

Walsh, Dale

Warrick, Paddy (Dr)

Halifax - 17 avril 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des travailleurs paramédicaux

Atlantic Institute for Market Studies

Eskasoni Health Centre

Family Care Givers Association of Nova Scotia

Fédération Acadienne de la Nouvelle-Écosse

Fédération canadienne de l'entreprise indépendante

Group of IX Seniors Organization in Nova Scotia

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse — Hon. Jamie Muir, Ministre de la Santé

Exposés des citoyens

Antoft, Kell

Cameron, Alex

Coyle, Stephen

Hack, Arshad

Hann, Crystal

Jost, Phil A.

Kelly, Debbie

Klassen, Gerald (Dr)

National Coalition for Vision Health
New Democratic Party of Nova Scotia — Darrell Dexter
Nova Scotia Association of Health Organizations
Nova Scotia Government and General Employees Union
Nova Scotia Nurses Union
Société canadienne de cardiologie et le Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire
Société canadienne de pédiatrie
Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile

MacLellan, Mary Ruth
MacMaster, Edward
Matheson, Brian
O'Brien, Pearl
Smith, Cheryl
Taylor, Anna
Thorn, Ian
Walker, Mary-Ann
White, Cliff
Young, Robert

Charlottetown - 18 avril 2002

Exposés des organisations

Abegwit First Nations
Association canadienne de santé dentaire publique
Association canadienne des internes et des résidents (ACIR)
Association nationale des retraités fédéraux
Association of Nurses of Prince Edward Island
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard — Hon. Pat Binns, Premier ministre
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard — Hon. Jamie Ballem, Ministre de la Santé et des Services sociaux
Hospice Palliative Care Association of PEI
Medical Society of Prince Edward Island
New Democratic Party of Prince Edward Island — Herb Dickieson
PEI Advisory Council on the Status of Women
PEI Health Coalition
PEI Licensed Nursing Assistants Association
PEI Nurses' Union
PEI Regional Health Boards
PEI Union of Public Sector Employees
Société Saint-Thomas-d'Aquin
Syndicat canadien de la fonction publique de l'Î-P-E
Université de l'Île-du-Prince-Édouard — École des sciences infirmières

Exposés des citoyens

Bingham, Ken
Broderick, Leo
Deacon, Donald
Foley, Michael
Kumanan, Mekalai
Lewis, Donna
McInnis, Charlene
Perry, Edith
Salonius, Peter
Toombs, Wilna

Fredericton - 19 avril 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des plans de la croix bleue — Région de l'Atlantique
Association canadienne des chirurgiens généraux

Exposés des citoyens

Adams, Cynthia
Anderson, Richard
Anderson, Vivienne

Association des foyers de secours du Nouveau-Brunswick Incorporée

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick

Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté du Canada

Coalition de la santé du Nouveau-Brunswick

Conseil du Premier ministre sur la qualité des soins de santé

Corporation hospitalière Beauséjour

Gouvernement du Nouveau-Brunswick — Hon. Bernard Lord, Premier ministre

Gouvernement du Nouveau-Brunswick — Hon. Elvy Robichaud, Ministre de la Santé et du Mieux-être

Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick

New Brunswick Council of Nursing Home Unions

New Brunswick Physiotherapy Association

Nouveau parti démocratique du Nouveau-Brunswick — Elizabeth Weir

Régie régionale Beauséjour

Wilmot United Church

Corbett, Bradley

Dickinson, Randy

Grasse, Daniel J.

LeBlanc, Gilles

Linkletter, Dorothy

Low, Jacqueline

Mantz, Eileen

Neilson, John

Paynter, Martha

Renner, Serena

Schofield, Aurel

Smallwood, Shirley

Wilhelm, Linda

Calgary - 30 avril 2002

Exposés des organisations

Alberta Federation of Labour

Alberta Medical Association

Association canadienne-française de l'Alberta

Association canadienne des médecins d'urgence

Association canadienne des radiologistes

Association canadienne pour la santé mentale

Calgary Chamber of Commerce

Calgary Health Region

Gouvernement de l'Alberta — Hon. Gary Mar, Minister of Health and Wellness

Premier's Advisory Council on Health — Le très honorable Don Mazankowski

Ralliement national des Métis

Société canadienne de recherche en gériatrie

United Nurses of Alberta

YMCA

Exposés des citoyens

Aizenman, Rebecca

Ames, Davena

Bang, Karen Marybelle

Bankes, Hugh J.

Chambers, Steven

Corney, Brenda

Daniel, Alice

Dean, Kiri

Hasham, Salim

Hatcher, Mary

Hunt, Lee

MacDonald, M.H.

Maher, E.J.

McCaig, Bud

Morrison, Bob

Murray, Christopher

Parker, John

Ramjeeawon, Jack

Smith, Beverly
Swanson, Harold
Temple, Walley J.
Wilson, E. Donald

Whitehorse - 2 mai 2002

Exposés des organisations

Acquired Brain Injury for Community Living
Association des infirmières et infirmiers autorisés du Yukon
Association franco-yukonnaise
Calgary Health Region — Division of Gynecology
Conseil des Premières Nations du Yukon et la Yukon First Nations Health and Social Commission
Fédération du travail du Yukon
First Nations Health Program Committee
Gouvernement du Yukon — Hon. Pat Duncan, Premier ministre
Gouvernement du Yukon — Hon. Sue Edelman, Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Gouvernement du Yukon — Hon. Cynthia Tucker, Ministre de l'Éducation, Agente de liaison en matière de politique gouvernementale
Hôpital général de Whitehorse
Nouveau parti démocratique du Yukon — Ken Boulton
Yukon Anti-Poverty Coalition
Yukon Association for Community Living
Yukon Coronary Health Improvement Project (CHIP)
Yukon Medical Association
Yukon Wholistic Health Network

Exposés des citoyens

Brookless, Carole
Larke, Bryce (Dr)
Millard, Ron

Edmonton - 14 mai 2002

Exposés des organisations

Alberta Association of Registered Nurses
Alliance jeunesse-famille de l'Alberta
Association canadienne des institutions de santé universitaires
Capital Health Authority
Chronic Disease Prevention Alliance of Canada
Citizens for Choice on Health Care
College of Physicians and Surgeons of Alberta
Edmonton Health Care Study Circle
First Nations Treaties 6, 7, and 8
Forum canadien des laboratoires de santé publique

Exposés des citoyens

Béliveau, Christine
Cameron, Brenda
Daly, Bill
Janz, Heidi
Langridge, Lise
Laughton, David
Lutes, Lynette
McPherson, Gary
Melnychuk, Stella
Milligan, Verna

Friends of Medicare
Liberal Party of Alberta — Kevin Taft
New Democratic Party of Alberta — Raj Pannu
Senior Action and Liaison Team (SALT)
Seniors Community Health Council
La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier
Université de l'Alberta — Parkland Institute

Mills, Bob
Newman, Trudy
Rahn, James
Rogers, Robert Dale
Wilson, Donna (Dr)
Wilson, Margaret
Wright, Robert

Yellowknife - 16 mai 2002

Exposés des organisations

Alternatives North
Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest — Comité permanent des programmes sociaux
Association canadienne de santé publique
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest
Association des médecins des Territoires du Nord-Ouest
Association des services de santé aux étudiants des universités canadiennes
Conseil pour les personnes handicapées des Territoires du Nord-Ouest
Conseil sur la condition des femmes
Fédération du travail des Territoires du Nord-Ouest
La Fédération Franco-TéNOise
Gouvernement des Premières Nations
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest — Hon. Stephen Kakfwi, Premier ministre
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest — Hon. J. Michael Miltenberger, Minister of Health and Social Services
Midwives Association of Northwest Territories & Nunavut
Nation denée
Tree of Peace Friendship Centre
Western Arctic Aboriginal Head Start Council
Yellowknife Association of Concerned Citizens for Seniors

Exposés des citoyens

Bourne, Joyce
Wasicuna, Bob

Ottawa - 28 mai 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.
Association canadienne pour la santé mentale
Association des centres de santé de l'Ontario
Association des femmes autochtones du Canada
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Bureau du commissaire aux langues officielles
Canadian Chiropractors Association et Canadian Memorial Chiropractic College
Chambre de commerce du Canada
Coalition d'Ottawa pour la santé
Collège canadien des directeurs de services de santé
Le Conference Board du Canada
Conseil canadien de développement social
Ecumenical Health Care Network
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Fondation des maladies du cœur du Canada
Forum médical canadien
Le Groupe d'intervention action santé
Hôpital Montfort
Information nationale sur la santé des Autochtones
Institut canadien d'information sur la santé
Instituts de recherche en santé du Canada — Institut du vieillissement
Métallurgistes unis d'Amérique
Sickle Cell Parents' Support Group
Syndicat canadien de la fonction publique

Exposés des citoyens

Blair, Stephen
Cazabon, Benoit
Hughes, Joan
Pearson, Wendy
Skinner, Christopher
Weinman, Kyla
Williams, Colin J.
Wilson, Laura

Toronto - 30 mai 2002

Exposés des organisations

Association des municipalités de l'Ontario
Association for Health Care Philanthropy of Canada
Association professionelle des internes et résidents de l'Ontario
BIOTECanada
Comité mixte provincial des soins infirmiers de l'Ontario
Committee on Monetary and Economic Reform
Conseil ontarien des services de santé pour les femmes
Ontario Long Term Care Association
Ontario Nurses' Association

Exposés des citoyens

Arnott, Barbara
Arnott, Roy
Barnard, Peter
Brideaux, Philip
Buchanan, Lembi
Conchelos, Mary
Corrigan, Joan
Dubois-Taylor, Lynette
Hassard, Murray

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Six Nations of the Grand River Territory
La Société d'arthrite du Canada
Syndicat canadien de la fonction publique — Division de l'Ontario
Tommy Douglas Research Institute
Université York

Hawkins, Miranda
Knox, Sarah
Noble, Martha
Pniauskas, Sandi
Rantucci, Melanie
Vandenbroucke, Margaret
West, Pamela

Toronto - 31 mai 2002

Exposés des organisations

Association canadienne des sages-femmes
Association canadienne des individus retraités
Association canadienne du diabète
Association des facultés de médecine du Canada
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Coalition for Primary Health Care
Conseil canadien des chefs d'entreprise
Employer Committee on Health Care in Ontario
Medical Reform Group
St. Michael's Hospital
Société canadienne du cancer
Syndicat des travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile
Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public
Toronto Public Health
Université de Toronto — Faculté des sciences infirmières

Exposés des citoyens

Ania, Fernando
Bulley, Chris
Clark, Paul
Hunt, Margo
Joseph, Leela
Mak, Adriaan
Rae, Bob
Riley, Helen
Rubin, Murray
Smitherman, George
Thompson, Brian
van Oostveen, Jon
van Oostveen, Judy
Wirsig, Claus A.
Wu, Mary
Young, Terrence

ATELIERS D'EXPERTS

Dans neuf des 21 collectivités où la Commission a tenu des audiences publiques, des ateliers d'experts ont été organisés au lendemain des audiences. Lors de ces ateliers, la Commission a demandé aux participants de l'aider à interpréter les résultats tant de la séance de dialogue avec les citoyens que de l'audience publique tenue de la veille. Elle les a également invités à donner leur avis au sujet des questions suivantes : viabilité, accès, gouvernance, imputabilité et qualité.

5 mars 2002, Regina (Saskatchewan)

Participants :

Blau, June, Saskatchewan Registered Nurses Association
Burka-Charles, Marcy, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Centre, Université de Regina
Butler-Jones, David (Dr), médecin-hygiéniste en chef
Dosman, James, Community Action Group for Economic Development and Health Research

Gelhorn, Donald (Dr), Collège des médecins de famille du Canada
Greyeyes, Doris, Federation of Saskatchewan Indian Nations
Kendel, Dennis (Dr), College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Labonte, Ron, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Centre, Université de la Saskatchewan
Leis, Anne, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
Longmoore, Rosalee, Saskatchewan Union of Nurses
Nelson, Dave, Association canadienne pour la santé mentale (Division de la Saskatchewan)
Norheim, Wes, Congress of Union Retirees of Saskatchewan
Sanderson, Sol, Federation of Saskatchewan Indian Nations
Simard, Louise, Saskatchewan Association of Health Organizations
Smillie, Christine, Association canadienne du diabète, Saskatchewan
Thompson, Laurie, Health Services Utilization and Research Commission
Whetstone, Arthur, Saskatchewan Chamber of Commerce
Yeates, Glenda, Saskatchewan Health

7 mars 2002, Winnipeg (Manitoba)

Participants :

Chernomas, Robert, Département d'économie, Université du Manitoba
Colon, Bailey, Assembly of Manitoba Chiefs
Corby, Linda, Les diététistes du Canada
Donner, Lissa, Consultante
Frankel, Sid, Social Planning Council of Winnipeg
Grant, Karen, Women's Health Clinic Winnipeg
Hildahl, Wayne, Clinique Pan Am
Howard, Jennifer, Policy Management Secretariat, Gouvernement du Manitoba
Hudson, Peter, Centre canadien de politiques alternatives (Manitoba)
Johannson, Joan, Kairos : Initiatives canadiennes oecuméniques pour la justice
Johnston, Shirley, Manitoba Society of Seniors
Metge, Colleen J., Faculté de pharmacie, Université du Manitoba
Postl, Brian, Office régional de la santé de Winnipeg
Roos, Noralou, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Université du Manitoba

13 mars 2002, Vancouver (Colombie-Britannique)

Participants :

Bruce, Ted, Vancouver Coastal Health Authority
Cohen, Marcy, BC Hospital Employees Union
Day, Brian, Cambie Surgery Centre
Gee, Linda, BC Ministry of Health and Long-Term Planning
Gilbert, John, College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique
Gutray, Bev, Association canadienne pour la santé mentale, région de la Colombie-Britannique
Horvat, Dan, BC Ministry of Health Planning
Jones, Joyce, Seniors Network of BC

Lantz, Bonnie, Registered Nurses Association of BC
Nakagawa, Bob, Simon Fraser Health Region
Odegard, Larry, Health Association of BC
Thompson, Patrick, Council of Senior Citizens Organizations
Van Ginkel, Anita, Conseil des Canadiens (chapitre Coquitlam)
Wang, Caroline (Dr), Vancouver Medical Association

27 mars 2002, Montréal (Québec)

Participants :

Adam, Daniel, Association des hôpitaux du Québec
Aucoin, Léonard
Boucher, Denise, Confédération des syndicats nationaux
Brunet, Paul, Conseil provincial pour la protection des malades
Contandriopoulos, André-Pierre, Faculté de médecine, Université de Montréal
Desmeules, Marc, Faculté de médecine, Université Laval
Forget, Claude
Lamarche, Paul, Faculté de médecine, Université de Montréal
Maioni, Antonia, L'Institut d'études canadiennes de McGill
Marchand, Louise, Chambre de commerce du Québec
McGregor, Maurice, L'Hôpital Royal Victoria
Millette, Yves, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
Nadeau, Émilien, Association des Régions du Québec
Péladeau, Pierrot, Institut de recherche clinique de Montréal
Valois, Marie, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Veilleux Gérard, Power Communications
Vinay, Patrick, Université de Montréal

3 avril 2002, Toronto (Ontario)

Participants :

Anderson, Geoff, Health and Policy Management and Evaluation, Université de Toronto
Bonnett, Chris, Canadian Council on Integrated Health Care
Closson, Tom, University Health Network, Toronto General Hospital
Edelson, Miriam, Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario
Grinspun, Doris, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Gutkin, Cal (Dr), Collège des médecins de famille du Canada
Heber, Alexandra, Medical Reform Group
Kaegi, Gerda
Kerbel, Carole, Conseil régional de santé de Toronto
Lankin, Frances, United Way of Greater Toronto
Mallon, Ruth, Ontario Pharmacists Association

Moulton, Carlyn, THiiNC

Orovan, William, Association des hôpitaux de l'Ontario

Orsini, Steve, Association des hôpitaux de l'Ontario

Scott, Fran, Toronto Public Health

Yalnizyan, Armine, Centre canadien de politiques alternatives

5 avril 2002, Ottawa (Ontario)

Participants :

Auffrey, Lucille, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Brimacombe, Glenn, Association canadienne des institutions de santé universitaires

Brown, Robert, Institut canadien des actuaires

Hackney, Christy, Unité des politiques intergouvernementales, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Heidemann, Elma, Conseil canadien d'agrément des services de santé

Jamieson, Shelley, Extendicare

Lomas, Jonathan, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Marrett, Penny, Conseil canadien des organismes bénévoles en santé

McBane, Michael, Coalition canadienne de la santé

Millar, John, Institut de recherche en santé du Canada

Savoie, Gerald, Hôpital Montfort

Service, John, Société canadienne de psychologie

Sholzberg-Gray, Sharon, Association canadienne des soins de santé

Tholl, William (Dr), Association médicale canadienne

Wiggins, Cindy, Congrès du travail du Canada

16 avril 2002, St. John's (Terre-Neuve)

Participants :

Anderson, Theresa, Labrador West District Labour Council

Butler, Roger, Unité de formation à la médecine familiale, Université Memorial, Terre-Neuve

Dawe, Joan, Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services

Elliott, Pamela, St. John's Health CARE Corporation

Fitzgerald, Brenda, Health and Community Services St. John's Region

Kay, Michael, Newfoundland and Labrador Physiotherapy Association

Legge, Wanda, Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services

Murray, Michael, SSHRC Norms & Narratives Research Group, Université Memorial, Terre-Neuve

Orchard, Carole, École des sciences infirmières, Université Memorial, Terre-Neuve

O'Reilly, Steve, Newfoundland and Labrador Centre for Health Information

Peters, Sharon, Faculté de médecine, Université Memorial, Terre-Neuve

Priddle, Margo, Association des pharmaciens du Canada

Robbins, Carl, Telehealth and Education Technology Resource Agency Health Sciences Centre, Université Memorial, Terre-Neuve

Rowe, Penny, Community Services of Newfoundland and Labrador
Woodward, Peter, Woodward Group of Companies

18 avril 2002, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Participants :

Arseneau, Catherine, Health Care Human Resource Sector Council
Batt, Sharon, Centre d'excellence pour la santé des femmes
Chisholm, Robert, Syndicat canadien de la fonction publique
Clarke, James (Dr), médecin
Deacon, Colin
Elliot, Janice, Forum des politiques publiques
Keefe, Janice, Graduate Course in Policy, Family Studies & Gerontology, Université Mount Saint Vincent
MacDonald, Noni, Faculté de médecine, Université Dalhousie
Malcom, John, Cape Breton District Health Authority
Tomblin Murphy, Gail, École des sciences infirmières, Université Dalhousie
Ward, Tom, Nova Scotia Department of Health

15 mai 2002, Edmonton (Alberta)

Participants :

Ballermann, Elisabeth, Health Sciences Association of Alberta
Collette, Denis, Université de l'Alberta
Fast, Yvonne, Syndicat canadien de la fonction publique
Fredrickson, Pat, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada
Gardiner, George, Conseil des Canadiens
McPherson, Alec, Biomira
Meggison, Doug, Health Sciences Association of Alberta
Noseworthy, Tom, Faculté de médecine, Université de Calgary
Raina, Kim, Centre for Health Promotion Studies, Université de l'Alberta
Shaskin, Igor, Pharmacists Association of Alberta
Shiell, Alan, Département des services de santé communautaire, Université de Calgary
Spence, Matthew, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Temple, Walley, Tom Baker Cancer Centre
Tyrrell, Lorne, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta
Weatherill, Sheila, Capital Health Authority
Zussman, David, Forum des politiques publiques

FORUMS RÉGIONAUX

Afin de faciliter la synthèse des différentes observations obtenues lors des 12 séances de dialogue avec les citoyens, des 21 audiences publiques et des 9 ateliers d'experts, la Commission a organisé 3 forums régionaux. Par cette initiative, la Commission souhaitait accroître la participation des experts à ses délibérations et évaluer la mesure dans laquelle les régions s'entendaient sur les orientations générales proposées pour la réforme du système de santé.

4 juin 2002, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Participants :

Brideau, Nicole, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Clarke, Rick, Nova Scotia Federation of Labour

Dickinson, Randy, Conseil du Premier ministre sur la condition des personnes handicapées

Fitzgerald, Brenda, Santé et services communautaires, Région de St-John

Hughes, Mary, Hospice Palliative Care Association of PEI

Lee-Crowley, Brian, Atlantic Institute for Market Studies

Losier, Barbara, Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick

Lucas Jeffries, Marian, Coalition de la santé du Nouveau-Brunswick

MacDonald, Noni, Faculté de médecine, Université Dalhousie

Murray, Michael, Community Health, Université Memorial, Terre-Neuve

Simpson, Bob, Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick

11 juin 2002, Saskatoon (Saskatchewan)

Participants :

Bruce, Ted, Vancouver Coastal Health Authority

Carrière, Alain, Nunatta Environmental Services Inc.

Chernomas, Robert, Department of Economics, Université du Manitoba

Clarke, Rick, Nova Scotia Federation of Labour

Cohen, Marcy, British Columbia Employees Union

Corriveau, André, Health and Social Services, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Donner, Lissa, Consultante

Horvat, Dan, Primary Care and Rural Programs, Ministry of Health Planning, Gouvernement de la Colombie-Britannique

Leis, Anne, Fédération des communautés francophones et acadiennes

Mirwald, Rita, Cameco

Nakagawa, Bob, Simon Fraser Health Authority

Pasquali, Paula, Health & Social Services, Gouvernement de la Saskatchewan

Postl, Brian, Office régional de la santé de Winnipeg

Simard, Louise, Saskatchewan Association of Health Organizations

Smith, Heather, United Nurses of Alberta

Thompson Laurence, Health Services Utilization and Research Commission

Weatherill, Sheila, Capital Health, Edmonton (Alberta)

20 juin 2002, Toronto (Ontario)
Participants :

Basrur, Sheela, Toronto Public Health
Connors, Kathleen, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Herbert, Carol, Université Western Ontario
Jamieson, Shelly, Extendicare Canada Inc.
Lozon, Jeff, St. Michael's Hospital
Martin, Murray, Hamilton Health Science Corp.
Moulton, Carlyn, THiiNC
Murray, David, Centre de santé communautaire
Orsini, Steve, Ontario Health Association
Sholzberg-Gray, Sharon, Association canadienne des soins de santé
Tholl, William (Dr), Association médicale canadienne
Wiggins, Cindy, Congrès du travail du Canada

DÉBATS ORGANISÉS AVEC DES PARTENAIRES

Afin de sensibiliser le public aux principaux enjeux auxquels est confronté le système de santé et d'amener des experts et des universitaires à prendre part à ses délibérations, la Commission a organisé, de concert avec des universités canadiennes, une série de dialogues télévisés sur les politiques en matière de santé, qui se sont déroulés sur les campus. Chaque débat réunissait des experts de la santé qui analysaient les solutions possibles aux principaux défis à relever. Les sujets débattus et certaines solutions stratégiques pouvant être envisagées ont été présentés dans les neuf documents d'information/de sondage élaborés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ces sujets sont les suivants :

1. Les soins à domicile au Canada *
2. L'assurance-médicaments au Canada *
3. L'accès aux soins de santé au Canada
4. La viabilité du système de santé au Canada
5. Le choix des consommateurs dans le système de santé au Canada
6. La *Loi canadienne sur la santé*
7. La mondialisation et les soins de santé au Canada
8. Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide? *
9. Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada

* Débat en français et en anglais.

Les soins à domicile au Canada
16 mai 2002

Université de Windsor, Windsor (Ontario)

Modératrice :

Wong-Rieger, Durhane, Institut de l'anémie

Participants :

Derbyshire, Carol, Hospice of Windsor

Hearn, Ambrose, Infirmières de l'Ordre de Victoria

Henningsen, Nadine, Association canadienne de soins et services à domicile

Hernandez, Cheri Ann, Université de Windsor

Parent, Karen, Université Queen's

Wittenberg, Jean-Victor (Dr), Hospital for Sick Children

La *Loi canadienne sur la santé*
10 juin 2002

Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

Modératrice :

Wallin, Pamela, Pamela Wallin Productions Inc.

Participants :

Barrett, Peter (Dr), Association médicale canadienne

Bégin, Monique, hon., Ancienne ministre fédérale de la Santé, Université d'Ottawa

Harrison, Liz, Université de la Saskatchewan

MacKinnon, Janice, Ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Orovan, Bill (Dr), Ontario Medical Association

Smadu, Marlene, Université de la Saskatchewan

L'accès aux soins de santé au Canada
3 juin 2002

Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Modérateur :

Goldbloom, Richard, Université Dalhousie

Participants :

Jurgens, Tannis (Dr), Université Dalhousie

Kam Tat Cheung, Cedric, Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada

Kenny, Nuala (Dr), Université Dalhousie

King, Russell (Dr), Ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

Sinclair, Douglas (Dr), Queen Elizabeth II Health Sciences Centre

Le choix des consommateurs dans le système de santé au Canada
17 juin 2002

Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Modérateur :

Caulfield, Tim, Université de l'Alberta

Participants :

Deber, Raisa, Université de Toronto

Graham, Wendy (Dr), Primary Care Reform

Jacobs, Philip (Dr), Université de l'Alberta

Olhauser, Larry (Dr), Collège des médecins et chirurgiens

Shiell, Robert, Réseau canadien sur le cancer de la prostate

Smith, Donna Lynn, Université de l'Alberta

L'assurance-médicaments au Canada 5 septembre 2002

Université Queen's, Kingston (Ontario)

Modérateur :

Banting, Keith, Université Queen's

Participants :

Blackburn, Jim, Association des facultés de pharmacie du Canada

Daniels, Mark, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

Ferguson, Bryan, Applied Management

Morrice, Denis, La Société d'Arthrite

Sinclair, Duncan, Université Queen's

Willison, Don, Université McMaster

Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide? 10 septembre 2002

Université de Montréal, Montréal (Québec)

Modérateur :

Molinari, Patrick, Université de Montréal

Participants :

Audet-Lapointe, Pierre (Dr), Fondation québécoise du cancer

Barre, Paul (Dr), Hôpital Royal Victoria

Caty, Anne, Patiente

Page, David, Société canadienne de l'hémophilie

Tessier, Dominique (Dr), Collège des médecins de famille du Canada

Weinstock, Daniel, Université de Montréal

L'assurance-médicaments au Canada 9 septembre 2002

Université McGill, Montréal (Québec)

Modératrice :

Maioni, Antonia, Institut d'études canadiennes de McGill

Participants :

Boucher, Laurier, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Chauvette, Lucie, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Lamothe, Lise, Université de Montréal

Lelorier, Jacques (Dr), Université de Montréal

Millette, Yves, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (Affaires du Québec)

Tamblyn, Robyn, Université McGill

La viabilité du système de santé au Canada 11 septembre 2002

Toronto General Hospital, Toronto (Ontario)

Modératrice :

Graham, Wendy (Dr), Primary Care Reform

Participants :

Aberman, Arnie (Dr), Université de Toronto

Barrett, Brendon (Dr), Université Memorial, Terre-Neuve

Goodhand, Peter, Président, Medec

MacKinnon, David, Président, Association des hôpitaux de l'Ontario

Sher, Graham (Dr), Président, Société canadienne du sang

Sutcliffe, Simon (Dr), Directeur exécutif, BC Cancer Agency

Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada
12 septembre 2002

Université Memorial, St. John's (Terre-Neuve)

Modératrice :

Davis, Elizabeth

Participants :

Busing, Nick (Dr), Université d'Ottawa

Clarke, James (Dr), Association canadienne des internes et résidents

Moore-Orr, Robin, Université Memorial, Terre-Neuve

O'Brien-Pallas, Linda-Lee, Université de Toronto

Webb, Maggie, Labrador Inuit Association

La mondialisation et les soins de santé au Canada
19 septembre 2002

Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

Modérateur :

Gilbert, John

Participants :

Evans, Robert G., Université de la Colombie-Britannique

Harris, Susan, Université de la Colombie-Britannique

Labonte, Ronald, Université de la Saskatchewan

Morrow, Marina, Centre d'excellence pour la santé des femmes — Région de la Colombie-Britannique

Sinclair, Scott, Centre canadien de politiques alternatives

Spiegel, Jerry, Université de la Colombie-Britannique

Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide?
17 septembre 2002

Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Modératrice :

Finlay, Mary Lou

Participants :

Chernomas, Robert, Université du Manitoba

Davidson, Janet, Toronto East General Hospital

Harvey, Dexter, Université du Manitoba

Patel, Sunil (Dr), Rural General Physician

Roos, Noralou, Directrice, Centre manitobain des politiques en matière de santé

Sirna, Josie, Fondation canadienne de la thalassémie

Les soins à domicile au Canada
23 septembre 2002

Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)

Modératrice :

McKee-Allain, Isabelle, Université de Moncton

Participants :

Baker, Cynthia, Université de Moncton

Guérette-Daigle, Lise, Santé Nouveau-Brunswick (soins infirmiers et services aux patients à la Régie régionale Beauséjour)

Kaufman, Terry, CLSC Notre-Dame-de-Grâce

LeBlanc, Jeannette, Université de Moncton

Lirette, Willie, Association des aînées et aînés francophones du N.-B.

Schofield, Aurel (Dr), Collège des médecins de famille du Canada

DOCUMENTS D'INFORMATION/ DE SONDAGE

Afin de permettre aux Canadiens d'exprimer leur point de vue sur des questions particulières se rattachant au système de santé, la Commission s'est associée à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en vue d'élaborer une série de neuf documents d'information/de sondage. Ces documents, de dix pages chacun, étaient tous présentés de la façon suivante :

- Bref survol de la question
- Énumération des trois plans d'action envisageables, de leurs points forts et de leurs points faibles
- Série de questions de sondage qui ont permis aux personnes ou aux groupes intéressés de faire connaître leurs préférences

Les Canadiens pouvaient obtenir ces documents d'information/de sondage en appelant au numéro sans frais de la Commission ou pouvaient les consulter sur le site Web de la Commission et les remplir en ligne.

Date de mise en circulation	Titre	Participation
15 mai 2002	Les soins à domicile au Canada	2 545 réponses
15 mai 2002	L'assurance-médicaments au Canada	1 524 réponses
15 mai 2002	L'accès aux soins de santé au Canada	1 594 réponses
10 juin 2002	La viabilité du système de santé au Canada	1 730 réponses
10 juin 2002	Le choix du consommateur dans le système de santé au Canada	1 197 réponses
10 juin 2002	La *Loi canadienne sur la santé*	1 012 réponses
10 juillet 2002	Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide?	1 201 réponses
10 juillet 2002	Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada	1 143 réponses
10 juillet 2002	La mondialisation et les soins de santé au Canada	1 487 réponses

*Nombre de réponses reçues en date du 13 septembre 2002

CAHIER DE CONSULTATION

Le cahier de consultation « Préparer l'avenir des soins de santé » proposait quatre moyens d'assurer la viabilité financière du régime d'assurance-santé et mettait en relief leurs avantages et leurs inconvénients. Ce document, en permettant à la Commission de mieux comprendre les valeurs dont les Canadiens veulent que l'on tienne compte dans les politiques et les programmes d'assurance-santé, a constitué un élément majeur du programme de consultation du public. Les quatre moyens proposés étaient :

- Accroissement de l'investissement
- Accroître la participation aux coûts
- Accroissement du rôle du secteur privé
- Réorganisation du mode de prestation des services

Date de diffusion	Titre	Participation	
7 mars 2002	Version en ligne	Amorcés Remplis	20 439 13 109
7 mars 2002	Version papier	Remplis	1 083

VISITES ET RÉUNIONS AVEC DES ORGANISATIONS NATIONALES ET DES GROUPES PARLEMENTAIRES NATIONAUX

Afin de faciliter la participation des particuliers et organisations intéressés et d'élargir la portée de ses activités de sensibilisation du public, la Commission a distribué aux groupes d'intervenants en soins de santé et de défense des droits des trousses d'information qu'ils devaient partager avec leurs membres et a remis aux parlementaires des documents à partager avec leurs électeurs. Dans le cadre de son mandat, elle a rencontré directement un grand nombre de ces organisations et des groupes parlementaires nationaux de tous les partis politiques fédéraux, à l'exception du Bloc québécois. Par ailleurs, le Commissaire a aussi effectué plusieurs rencontres. Voici la liste des réunions et des groupes rencontrés :

Visites

Cambie Surgical Centre, Vancouver, Colombie-Britannique

CLSC Suzor Côté, Victoriaville, Québec

Evangeline Community Health Centre, Wellington, Île-du-Prince-Édouard

GENOME Atlantic, Halifax, Nouvelle-Écosse

Group Health Centre, Sault Ste. Marie, Ontario

Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, France

Iqaluit Hospital, Iqaluit, Nunavut

Liljeholmens Community Clinic, Stockholm, Suède

London Health Sciences Centre, London, Ontario

Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Winnipeg, Manitoba

Mid-Main Community Health Centre, Vancouver, Colombie-Britannique

Pangnirtung, Iqaluit, Nunavut

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, Ndilo, Territoires du Nord-Ouest

Programme de santé à l'intention des Premières Nations, Whitehorse, Yukon

Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, Toronto, Ontario

South Riverdale Community Health Centre, Toronto, Ontario

St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario

St. Göran's Hospital, Stockholm, Suède

Telemedicine Centre, Health Science Complex, Université Memorial, St. John's, Terre-Neuve

Toronto Rehab Cardiac Rehabilitation Program, Toronto, Ontario

University Health Network, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario

Whitehorse General Hospital, Whitehorse, Yukon

Réunions

Alliance de la Fonction publique du Canada

Assemblée des Premières Nations

Association canadienne de santé publique

Association canadienne de soins et services à domicile

Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques

Association canadienne des individus retraités

Association canadienne des institutions de santé universitaires

Association canadienne des soins de santé

Association canadienne des soins palliatifs

Association canadienne pour la santé mentale

Association des facultés de médecine du Canada

Association des femmes autochtones du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des pharmaciens du Canada

Association médicale canadienne

Banque mondiale, Chris Lovelace (Washington, D.C.)

Capital Health Authority, Edmonton

Caucus du Nouveau Parti Démocratique

Caucus du Parti de l'Alliance canadienne

Caucus du Parti Libéral

Caucus du Parti progressiste-conservateur du Canada

Coalition canadienne de la santé

Coalition of National Voluntary Organizations

Collège canadien des directeurs de services de santé

Collège des médecins de famille du Canada

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Commissaire à la protection de la vie privée, George Radwanski

Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario

Congrès des peuples autochtones

Congrès du travail du Canada

Conseil canadien des sociétés publiques-privées

Conseil des Canadiens

Dalhousie Medical Research Foundation

Department of Health (Londres, Royaume-Uni)

Extendicare (Canada) Inc.

Fédération canadienne de l'entreprise indépendante

Federation of Saskatchewan Indian Nations

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Forum des politiques publiques

Forum médical canadien

Forum national sur la santé

Foundation for Integrated Medicine (Londres, Royaume-Uni)

Frosst Health Care Foundation

Initiative sur la santé de la population canadienne

Institut C.D. Howe — Séminaire sur la santé

Institut canadien d'information sur la santé

Instituts de recherche en santé du Canada

Inuit Tapiriit Kanatai (Inuit Tapirisat of Canada)

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des Sports, des Loisirs et de la Condition physique

Medical Reform Group

Ministère de la Santé et des Affaires sociales (Suède)

Ministère délégué à la santé (Paris, France)

Northern Health Strategy Working Group, Saskatchewan

Ontario Home Health Care Providers

Ontario Long Term Care Association

Ontario Medical Association

Organisation de coopération et de développement économiques

Pollara Research

Premier's Advisory Council on Health, Alberta

Ralliement national des Métis

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Saskatchewan Academic Health Sciences Network

Saskatoon District Health

Sénatrice Hillary Rodham Clinton (NY), (Washington, D.C.)

Société canadienne du sang

Special Assistant to the President for Health Policy, Anne Phelps (Washington, D.C.)

Syndicat canadien de la fonction publique

Task Force on Health Research & Economic Development, Saskatchewan

THiiNC — Health Inc.

United Way of Greater Toronto

University Health Network (Toronto)

University Hospital Network (Toronto)

Discours et exposés

De plus, le commissaire a prononcé des discours ou présenté des exposés devant plusieurs groupes d'intervenants et autres groupes, au pays comme à l'étranger.

Organisation panaméricaine de la santé, Dr George O.A. Alleyne, (Washington, D.C.)

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (1er juin 2001, Edmonton, Alberta)

Institut de recherche en politiques publiques (11 juin 2001, Montréal, Québec)

Association médicale canadienne (14 août 2001, Québec, Québec)

Chambre de commerce du Canada (17 septembre 2001, Winnipeg, Manitoba)

London Health Sciences Centre (28 septembre 2001, London, Ontario)

Ditchley Foundation (28 septembre 2001, Cambridge, Ontario)

National Association of Canadian Clubs (29 septembre 2001, Saskatoon, Saskatchewan)

Université Queen's (12 octobre 2001, Kingston, Ontario)

Le Conference Board du Canada (18 octobre 2001, Ottawa, Ontario)

Université Carleton (18 octobre 2001, Ottawa, Ontario)

Conseil canadien des chefs d'entreprises (19 octobre 2001, Toronto, Ontario)

Association canadienne de santé publique (23 octobre 2001, Saskatoon, Saskatchewan)

Collège des médecins de famille du Canada (25 octobre 2001, Vancouver, Colombie-Britannique)

Conférence nationale sur la recherche et les politiques en matière de santé (5 novembre 2001, Saskatoon, Saskatchewan)

Conférence de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (6 novembre 2001, Ottawa, Ontario)

Faculté des sciences appliquées de la santé, Université de Waterloo (20 novembre 2001, Waterloo, Ontario)

Fondation Frosst pour les soins de santé (21 novembre 2001, Toronto, Ontario)

Corpus Christi College, Université Oxford (26 novembre 2001, Oxford, Royaume-Uni)

Association des hôpitaux de l'Ontario (13 février 2002, Toronto, Ontario)

Collège canadien des directeurs de services de santé (14 février 2002, Toronto, Ontario)

Conférence de l'Université McGill sur les soins de santé (15 février 2002, Montréal, Québec)

School of Advanced International Studies (SAIS), Université Johns Hopkins — table ronde (25 février 2002, Washington, D.C.)

School of Advanced International Studies (SAIS), Université Johns Hopkins (26 février 2002, Washington, D.C.)

Comité permanent de la santé (Chambre des Commerces) (28 février 2002, Ottawa, Ontario)

University of British Columbia Research Awareness (11 mars 2002, Vancouver, Colombie-Britannique)

Université de la Colombie-Britannique — Public Forum on Health Care (13 mars 2002, Vancouver, Colombie-Britannique)

Université Simon Fraser (13 mars 2002, Vancouver, Colombie-Britannique)

Université McGill — Faculté de gestion (27 mars 2002, Montréal, Québec)

Truro Chamber of Commerce (16 avril 2002, Truro, Nouvelle-Écosse)

Association des universités et collèges du Canada (17 avril 2002, Halifax, Nouvelle-Écosse)

Association des facultés de médecine du Canada (28 avril 2002, Calgary, Alberta)

Healthcare Philanthropy Canada (29 avril 2002, Banff, Alberta)

Rencontre de discussion ouverte (1er mai 2002, Whitehorse, Yukon)

Association des pharmaciens du Canada (13 mai 2002, Winnipeg, Manitoba)

Association canadienne pour la recherche en économie de la santé (23 mai 2002, Halifax, Nouvelle-Écosse)

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (29 mai 2002, Montréal, Québec)

Congrès du travail du Canada (11 juin 2002, Vancouver, Colombie-Britannique)

Association des infirmières et infirmiers du Canada (25 juin 2002, Toronto, Ontario)

Prix nationaux d'excellence décernés aux Autochtones (10 juillet 2002, Ottawa, Ontario)

Assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne (20 août 2002, Saint John, Nouveau-Brunswick)

Séminaire sur le Canada — Université Harvard (16 octobre 2002, Boston, Massachusetts)

Health Care Panel — Université Yale (17 octobre 2002, New Haven, Connecticut)

Health Care Panel — New School University (18 octobre, New York City, New York)

Université Memorial de Terre-Neuve (23 octobre 2002, St. John's, Terre-Neuve)

Commonwealth Fund (24 octobre 24 2002, Washington, D.C.)

PROGRAMME DE RECHERCHE EXTERNE

Le programme de recherche externe de la Commission regroupe un certain nombre d'éléments différents mais interdépendants, qui sont exposés plus en détail ci-dessous. Le programme a été conçu non seulement pour demander des analyses critiques des connaissances existantes sur les soins de santé au Canada et ailleurs dans le monde, mais aussi pour combler les lacunes sur le plan des connaissances et permettre à la Commission de cerner les meilleures façons de surmonter les défis que présente le système de santé du Canada.

ÉTUDES

La Commission a commandé un total de 40 études à des universitaires, à des analystes de politiques et à des experts nationaux et internationaux. Ces études portent sur des aspects particuliers des quatre grands thèmes de recherche suivants, présentés par la Commission au printemps 2001 et exposés dans le rapport d'étape au début de 2002 :

1) Valeurs canadiennes et institutions démocratiques;
2) Viabilité du système de santé;
3) Identification et élimination des obstacles au changement;
4) Promotion de la collaboration au sein du système de santé.

Toutes les études ont été soumises à un processus d'examen par les pairs entrepris au nom de la Commission par l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). La Commission tient à souligner la contribution de Morris Barer, Donna Shields-Poe, Diane Watson et Rob Courchaine de l'ISPS à l'administration du processus d'examen par les pairs. La version finale des études est affichée, dans les deux langues officielles, sur le site Web de la Commission.

Voici la liste des études :

- Julia Abelson et John Eyles (Université McMaster) *Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien*;
- Pat Armstrong (Université York) et Hugh Armstrong (Université Carleton) *Planification des soins: approches en matière de politique et de planification des ressources humaines de la santé*;
- Gerard W. Boychuk (Université de Waterloo) *L'évolution de l'environnement politique et économique des soins de santé au Canada*;
- André Braen (Université d'Ottawa) *La santé et le partage des compétences au Canada*;

- Timothy Caulfield (Université de l'Alberta) *Les principes de la common law en vigueur entravent-ils ou facilitent-ils le changement?*;
- François Champagne (Université de Montréal) *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*;
- Clémence Dallaire et Sonia Normand (Université Laval) *Les changements et quelques paradoxes: une réflexion sur le personnel du système de santé*;
- Raisa Deber (Université de Toronto) *La prestation des soins de santé: publique, sans but lucratif ou privée?*;
- Jean-Louis Denis (Université de Montréal) *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*;
- Harley D. Dickinson (Université de la Saskatchewan) *Comment faire participer vraiment le public à l'élaboration et au maintien d'une vision globale du système de santé qui corresponde à ses valeurs et à ses principes?*;
- Robert G. Evans (Université de la Colombie-Britannique) *Lever les fonds: options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé du Canada*;
- Katherine Fierlbeck (Université Dalhousie) *Augmenter la mise? Financement public et contrôle de la politique des soins de santé*;
- Colleen M. Flood et Sujit Choudhry (Université de Toronto) *Consolider les fondements : la modernisation de la* Loi canadienne sur la santé;
- Anita J. Gagnon (Université McGill) *La réceptivité du système Canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*;
- Sholom Glouberman et Brenda Zimmerman (Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto) *Systèmes compliqués et complexes : en quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?*;
- Donna Greschner (Université de la Saskatchewan) *Quels seront les effets de la Charte des droits et libertés et de l'évolution de la jurisprudence sur les coûts de santé?*;
- Michel Grignon, Valérie Paris, Dominique Polton avec la coopération de Agnès Couffinhal et Bertrand Pierrard (CREDES, Paris, France) *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins de santé*;
- Seamus Hogan et Sarah Hogan (Université de Canterbury, Nouvelle-Zélande) *Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible?*;
- Louis M. Imbeau, Kina Chenard et Adriana Dudas (Université Laval) *Les conditions de la viabilité d'un système public de santé au Canada*;
- Martha Jackman (Université d'Ottawa) *Les consequences de l'article 7 de la* Charte des droits et libertés *pour les dépenses en soins de santé au Canada*;
- Jon R. Johnson (Goodmans, Toronto) *Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada?*;
- John N. Lavis (Université McMaster) *Les élites politiques et leur influence sur la réforme des soins de santé au Canada*;
- Howard Leeson (Université de Regina) *La compétence constitutionnelle dans le domaine des services et des soins de santé au Canada*;
- Pascale Lehoux (Université de Montréal) *Une analyse critique de la valeur des*

technologies et des processus innovants peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation?;

- Antonia Maioni (Université McGill) *Rôles et responsabilités en matière de politique des soins de santé*;
- Theodore R. Marmor (Université Yale), Kieke G.H. Okma (Université Queen's et ministère de la Santé, de l'Assistance sociale et du Sport, Pays-Bas) et Stephen R. Latham (Université Yale) *Quelles sont les implications des valeurs nationales, des institutions et des politiques de santé pour la réforme de l'assurance-santé?*;
- Ian McKillop (Université Wilfrid Laurier) *Les règles financières en tant que catalyseur du changement dans le système de soins de santé du Canada*;
- Jean-Luc Migué (Institut Fraser) *Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solutions*;
- Steve Morgan (Université de la Colombie-Britannique) et Jeremiah Hurley (Université McMaster) *Pressions sur la hausse des coûts induites par les technologies des soins de santé*;
- Richard Ouellet (Université Laval) *Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales*;
- Réjean Pelletier (Université Laval) *Les mécanismes de coopération intergouvernementale, facteurs de changement?*;
- Jayne Renee Pivik (Université d'Ottawa) *Stratégies pratiques afin de faciliter la participation réelle du public à la planification des services de santé*;
- Marie-Claude Prémont (Université McGill) *Le rôle de la* Loi canadienne sur la santé *pour l'avenir des systèmes de santé au Canada*;
- Cynthia Ramsay (Elm Consulting, Vancouver) *Cadre de détermination de l'ampleur du financement public des programmes et services*;
- Candace Johnson Redden (Université Brock) *La dimension politique des soins de santé et le cadre intergouvernemental au Canada*;
- François Rocher et Miriam Smith (Université Carleton) *Le fédéralisme et les soins de santé : l'impact de la dynamique politico-institutionnelle sur le système de soins de santé du Canada*;
- Melissa Rode (chercheure indépendante) et Michael Rushton (Université de Regina) *Options pour le financement des soins de santé*;
- Alan Shiell (Université de Calgary) et Gavin Mooney (Université de la technologie Curtin, Perth, Australie) *Un cadre d'évaluation de la portée du financement public des programmes et des services*;
- Stephen Tomblin (Université Mémorial) *Créer un système de santé plus démocratique : examen critique des contraintes et une approche nouvelle pour la restructuration du système de santé*;
- Gail Tomblin-Murphy (Université Dalhousie) et Linda O'Brien-Pallas (Université de Toronto) *Comment les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines de la santé entravent-elles le changement? Un plan d'avenir.*

PROJETS DE RECHERCHE

La Commission a lancé trois projets de recherche importants dans des secteurs où elle considérait que les discussions bénéficieraient d'une analyse approfondie des principaux problèmes concernant le système. Les paramètres de chacun de ces projets ont été conçus avec l'aide d'experts externes, qui ont formulé des conseils sur les principales questions de recherche à aborder dans le cadre de ces projets (les tables rondes sont mentionnées dans le rapport d'étape).

À l'automne 2001, la Commission a lancé trois « appels d'offres » comportant diverses questions et invité les équipes de chercheurs, partout au pays, à préparer des projets qui permettraient d'y répondre. Les projets soumis ont été évalués par un groupe d'experts constitué de membres du personnel de direction de la Commission, d'universitaires et d'un représentant du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. Les présentations ont été jugées selon la pertinence de la composition de l'équipe de recherche, les qualifications de chacun des membres de l'équipe et, surtout, la valeur scientifique du plan de recherche.

Le travail à accomplir dans le cadre de ces projets a été entrepris à la fin de 2001 et terminé à l'été 2002. Chaque projet faisait appel à un ensemble distinct de produits de recherche (p. ex. articles de recherche généraux, examens détaillés de la documentation, bibliographies annotées, entrevues avec des experts et tables rondes), mais chaque équipe devait résumer son travail dans un rapport final détaillé. Ces rapports finals sont maintenant disponibles, dans les deux langues officielles, sur le site Web de la Commission. Des copies des autres produits de recherche seront déposées dans les archives officielles de la Commission, mais en attendant, elles seront disponibles sur demande auprès des chercheurs principaux (sous réserve de toute condition imposée par ceux-ci), dont les noms figurent ci-dessous.

Les trois équipes de recherche sont :

1) Le fédéralisme fiscal et la santé
   - Chercheur principal : Harvey Lazar, directeur, Institute of Intergovernmental Relations, School of Policy Studies, Université Queen's, Kingston (Ontario) K7L 3N6
   - Auteurs : Keith Banting (Université Queen's); Robin Boadway (Université Queen's); David Cameron (Université de Toronto); Jennifer McCrea-Logie (Université de Toronto); France St. Hillaire (Institut de recherche en politiques publiques, Montréal); Jean-François Tremblay (Université Queen's)

2) La mondialisation et la santé
   - Chercheur principal : Bruce Campbell, directeur exécutif, Centre canadien de politiques alternatives, 410-75, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
   - Auteurs : Chantal Blouin (L'Institut Nord-Sud, Ottawa); John Foster (L'Institut Nord-Sud, Ottawa); Ron Labonté (Université de la Saskatchewan et Université de Regina); Joel Lexchin (Université York); Matthew Sanger (Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa); Steven Shrybman (Sack, Goldblatt et Mitchell, Ottawa); Scott Sinclair (Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa)

3) Ressources humaines en santé
- Chercheur principal : Cathy Fooks, directrice, Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 250, rue Albert, Ottawa (Ontario)
- Auteurs : Katya Duvalko (Université de Toronto); Patricia Baranek (Université de Toronto); Lise Lamothe (Université de Montréal); Kent Rondeau (Université de l'Alberta)

PROJET DE RECHERCHE « DIALOGUE AVEC LES CITOYENS »

La Commission s'est associée aux Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) et à Viewpoint Learning pour entreprendre un processus unique visant à faire participer la population canadienne à un dialogue structuré portant à la fois sur les options à l'égard de la réforme des soins de santé, et sur les compromis associés à certaines décisions concernant les initiatives stratégiques futures en matière de santé. Recourant à une méthodologie initialement mise au point par Viewpoint et à des scénarios élaborés en collaboration avec la Commission, qui reflètent les principaux types de projets de réformes exposés en vue d'un débat public, les RCRPP ont organisé 12 séances de discussion d'une journée partout au Canada. Pour chacune de ces séances, on a choisi un échantillon représentatif de la population canadienne.

Ces dialogues visaient à sonder les valeurs des Canadiens à l'égard du système de santé et à cerner les arbitrages qu'ils jugent les plus acceptables dans le cadre d'une réforme du système. Les résultats de ces dialogues ont ensuite été comparés à ceux d'un sondage national d'opinion publique (mené par EKOS Research) afin de vérifier si les points de vue exprimés dans les dialogues correspondaient à ceux relevés dans l'ensemble de la population.

Pour se préparer aux séances de dialogue et à l'analyse des résultats, la Commission a également demandé à un spécialiste de l'opinion publique d'examiner l'ensemble des sondages d'opinion publique antérieurs sur les attitudes des Canadiens à l'égard du système de santé.

L'analyse des sondages antérieurs et les résultats du projet « Dialogue avec les citoyens » sont affichés, dans les deux langues officielles, sur le site Web de la Commission. Ces deux documents sont :

1) Matthew Mendelsohn (Université Queen's). *Réflexion sur le système de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation.*
2) Judith Maxwell, Karen Jackson, Barbara Legowski (RCRPP), Steven Rosell et Daniel Yankelovich (Viewpoint Learning), en collaboration avec Pierre-Gerlier Forest et Larissa Lozowchuk (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada). *Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada.*

TABLES RONDES D'EXPERTS ET DE RECHERCHE

Lors des étapes de recherche et de collecte de renseignements, la Commission a demandé à quatre établissements d'organiser des tables rondes sur des questions clés qu'elle souhaitait aborder dans le cadre d'un dialogue soutenu avec des experts réputés.

Les documents préparés pour chacune de ces tables rondes demeurent la propriété de l'organisation hôte. Cependant, au moins deux de ces établissements, soit le Collège des Économistes de la Santé de Paris et l'Institut C.D. Howe de Toronto, ont fait savoir qu'ils comptaient publier certains de ces documents. Pour en savoir davantage sur les conférenciers et les exposés, veuillez communiquer avec les organisations hôtes des tables rondes indiquées ci-dessous.

Table ronde sur les partenariats entre les secteurs public et privé, Londres, Angleterre :

27 novembre 2001, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Londres, Royaume-Uni)

Participants :

- Roy Romanow, commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Nick Black, professeur, recherche sur les services de santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine (organisateur)
- Greg Marchildon, directeur exécutif, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Pierre-Gerlier Forest, directeur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Steve Dewar, directeur de la politique en matière de santé par intérim, King's Fund
- Carol Popper, professeur d'économie, University of Bristol
- Simon Stevens, directeur général, Healthcare Services Division, Nestor plc
- Steve Davies, agrégé supérieur de recherche, University of Wales (Cardiff)
- Declan Gaffney, Greater London Authority
- Jon Susses, directeur associé, Office of Health Economics, Londres

Table ronde sur la participation aux coûts et des options connexes en matière de politique :

29 novembre 2001, Collège des Économistes de la Santé (Paris, France)

Participants :

- Roy Romanow, commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Gérard de Pouvourville, président, Collège des Économistes de la Santé (organisateur)
- Greg Marchildon, directeur exécutif, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Pierre-Gerlier Forest, directeur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Ian McLean, ministre plénipotentiaire, Ambassade du Canada
- Stefan Felder, Université de Magdegourg, Allemagne
- Marc Jegers, Université Libre de Bruxelles, Belgique

- Livio Grattini, Institut Mario Negri, Milan, Italie
- Jakob Kjellberg Christensen, Institut danois pour la recherche sur les services de santé, Danemark
- Ulf Persson, Université de Lund, Suède
- Guillem Lopez I Casanovas, Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne
- Agnès Couffinhal, CREDES, Paris, France
- Valérie Paris, CREDES, Paris, France

Table ronde sur les générateurs de coûts dans le système de santé :

25 février 2002, School of Advanced International Studies, Université Johns Hopkins (Washington, DC)

Participants :

- Roy Romanow, commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Charles Doran, directeur, Center for Canadian Studies, School of Advanced International Studies, Johns Hopkins University (organisateur)
- Greg Marchildon, directeur exécutif, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Pierre-Gerlier Forest, directeur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Tom McIntosh, coordonnateur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Henry J. Aaron, agrégé supérieur de recherche, Institut Brookings, Washington, DC
- Howard Palley, président, Health Specialization, School of Social Work, University of Maryland
- Donald M. Steinwachs, président, Health Policy & Management, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University
- Pauline Vaillancourt-Rosenau, School of Public Health, University of Texas
- Colleen M. Grogan, School of Social Service Administration, University of Chicago
- Tamara Woroby, Center for Canadian Studies, School of Advanced International Studies, Johns Hopkins University
- Chris Gray, étudiant diplômé, Center for Canadian Studies, School of Advanced International Studies, Johns Hopkins University

Table ronde sur les options de financement en matière de soins de santé :

24 mai 2002, Institut C.D. Howe (Toronto, Ontario)

Participants :

- Roy Romanow, commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Jack M. Mintz, président-directeur général, Institut C.D. Howe, Toronto, Ontario (organisateur)
- Greg Marchildon, directeur exécutif, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Pierre-Gerlier Forest, directeur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Tom McIntosh, coordonnateur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

- William B.P. Robson, vice-président et directeur de la recherche, Institut C.D. Howe, Toronto, Ontario
- Jean-Luc Migué, agrégé supérieur de recherche, Institut Fraser
- Shay Aba, analyste des politiques, Institut C.D. Howe, Toronto, Ontario
- Åke Blomqvist, Université Western Ontario
- Michanne Haynes, Institute for International Business, Université de Toronto
- David Laidler, Université Western Ontario
- John Richards, Université Simon Fraser
- Mark Mullins, consultant en économie
- Allison O'Brien, Institute of Public Economics, Université de l'Alberta
- Paul Boothe, Institute of Public Economics, Université de l'Alberta
- Mark Stabile, département d'économie, Université de Toronto
- Grant Reuber, G.L. Reuber and Associates, Inc., Toronto, Ontario
- Finn Poschmann, analyste principal des politiques, Institut C.D. Howe, Toronto, Ontario
- Robert D. Brown, FCA

CARTOGRAPHIE DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA

La Commission a commandé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) une série de cartes illustrant différents aspects du système de santé du Canada. Ces cartes comprenaient des éléments tels que la répartition des professionels de la santé au Canada et les lieux où des techniques diagnostiques de pointe sont offertes. Cependant, la majorité des cartes porte essentiellement sur les « indicateurs de rendement », tels que l'espérance de vie sans incapacité, la prévalence d'affections sensibles aux soins ambulatoires, la prévalence d'affections particulières comme l'asthme et les autres déterminants de la santé (p. ex. revenu, chômage, activité physique et tabagisme).

Ces cartes ont joué un rôle important dans les discussions de la Commission, car elles ont aidé à comprendre les disparités régionales concernant l'état de santé des Canadiens et le rendement des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Certaines des cartes figurent dans le présent rapport.

La Commission souhaite remercier le personnel de l'ICIS pour la qualité de son travail de cartographie exceptionnel, en particulier Jennifer Zelmer et Indra Pulcins, chargées de la supervision du projet (et qui ont assuré la liaison avec Statistique Canada, fournisseur de certaines des données nécessaires pour les cartes).

PERSONNEL DE LA COMMISSION

Ce rapport a nécessité beaucoup de travail et de dévouement de la part de tous ceux qui ont été à l'emploi de la Commission. Je tiens à remercier en particulier **Greg Marchildon**, directeur général et rédacteur principal, de même que :

Cécile Allard, Directrice, services administratifs et financiers
Michel Amar, Directeur, communications et consultations
Jennifer Bayne, Directrice, gestion de l'information
Lillian Bayne, Directrice générale associée jusqu'en février 2002, conseillère spéciale, relations avec intervenants et experts de février 2002
Laurie Best, Responsable des communications jusqu'en octobre 2001
Nicole Bilodeau, Commis à la gestion de la correspondance et des documents
Carlo Binda, Coordonnateur, affaires intergouvernementales
Audrey Bufton, Responsable, correspondance jusqu'en juin 2002
Chantelle Calder, Adjointe de direction, recherche
Carolynne Chateigner, Soutien administratif jusqu'en octobre 2001
Pauline Duperreault, Responsable des documents officiels et de la correspondance
Louise Durocher, Gestionnaire de bureau, Ottawa
Stephen Eger, Assistant de recherche
Pierre-Gerlier Forest, Co-directeur de la recherche jusqu'en février 2002, Directeur de la recherche de février 2002
Peggy Garritty, Rédactrice professionnelle, décembre 2001 et juillet 2002
Nadia Gilbert, Recherche et analyste de politiques
Phil Gordon, Agent de liaison, communications et consultations
Lynn Gray, Coordonnatrice, services financiers
Claude-Jean Harel, Rédacteur, communications sur le site Web
Bob Harvey, Responsable des services informatiques jusqu'en mai 2002
Nancy Johnson, Soutien administratif jusqu'en mai 2002
Meghan Jones, Commis à la planification des déplacements et aux demandes d'indemnité
Céline Kidder, Service à la clientèle et réception
Louise Lang-Levesque, Adjointe de direction, directeur général jusqu'en juin 2002
Gordon Lawson, Recherche et analyste de politiques

Steven Lewis, Co-directeur de la recherche jusqu'en février 2002
Larissa Lozowchuk, Recherche et analyste de politiques
Marie-Josée Maisonneuve, Service à la clientèle et réception
Geneviève Martin, Recherche et analyste de politiques
Sinead McGartland, Assistante, communications et consultations
Tom McIntosh, Coordonnateur de la recherche
Robert McMurtry, Conseiller spécial
Larissa McWhinney, Recherche et analyste de politiques
Mindy Meckelborg, Commis à la correspondance
Andrew Noseworthy, Directeur, affaires intergouvernementales jusqu'en février 2002, directeur général par intérim de février 2002
Kevin O'Fee, Recherche et analyste de politiques
Angela Pedley, Adjointe de direction, Commissaire
Beryl Radcliffe, Responsable, gestion des contrats et des documents
Nathalie Roy, Recherche et analyste de politiques
Nathan Schalm, Assistant de recherche
Julie Schneiderman, Responsable des événements spéciaux et communications
Louise Séguin-Guénette, Coordonnatrice des publications
Cheryl Seneschen, Soutien administratif jusqu'en novembre 2001
Jayne Simms-Dalmotas, Directrice associée, communications et consultations
Cristina Ugolini, Recherche et analyste de politiques
Nicole Viau-Cheney, Directrice, gestion jusqu'en juillet 2001
Fulai Wang, Soutien aux services informatiques
Chad Watson, Soutien administratif

Données historiques sur Les dépenses et les transferts en matière de santé au Canada, 1968 à 2002

Les tableaux ci-dessous débutent à l'exercice financier de 1968-1969 en raison du manque de données constantes et fiables sur les dépenses publiques en matière de santé pour les exercices précédents. Les espaces blancs à l'intérieur des colonnes signifient que les données n'étaient pas disponibles ou qu'elles n'ont pas été jugées fiables pour l'année en question. Les données sélectionnées sont celles qui ont été jugées les plus constantes et fiables selon les sources officielles.

Toutes les données du tableau ayant trait aux transferts fédéraux sont soit fournies directement par le ministère des Finances du Canada, soit tirées de documents de référence du ministère (voir les notes techniques ci-dessous). Les données relatives à l'affectation des transferts en espèces pour la période de 1968-1969 à 1976-1977 (valeur combinée des transferts alloués en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), y compris des abattements accordés à la province de Québec au lieu de l'assurance-hospitalisation) sont fournies par le ministère des Finances. De même, les transferts fédéraux de 1977-1978 à 1995-1996 en vertu du Financement des programmes établis (FPÉ) et leur répartition en espèces et en points d'impôt, ainsi qu'aux termes de l'affectation nominale en matière de santé, sont présentés de la même façon que les données fournies à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par le ministère des Finances. Pour la période de 1996-1997 à 2005-2006 (TCSPS), seules les données se référant à la valeur totale des transferts et des affectations en espèces et en points d'impôt en vertu du TCSPS ont été fournies par le ministère des Finances. Pour les fins de l'annexe E, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a donc calculé l'affectation nominale en matière de santé (pour obtenir de plus amples informations, voir les notes techniques ci-dessous).

Annexe E.1 Dépenses publiques en matière de santé et transferts fédéraux pour les principaux programmes sociaux, y compris les allocations théoriques pour la santé (en dollars courants à moins d'indication contraire), 1968-1969 à 2001-2002 et projections pour les années subséquentes

Régime de transfert en matière de santé	Exercice financier	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
		Dépenses totales publiques et privées en matière de santé	Dépenses totales publiques et privées en matière de santé (Dollars constants 1997)	Dépenses totales du secteur public en matière de santé	Dépenses totales du secteur public en matière de santé (Dollars constants 1997)	Dépenses totales provinciales-territoriales en matière de santé	Dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et de médecins	Total des dépenses fédérales directes en matière de santé	Dépenses fédérales-provinciales-territoriales combinées en matière de santé	Total des principaux transferts sociaux	Composante en espèces des principaux transferts sociaux	Composante des principaux transferts sociaux constituée de points d'impôts	Composante santé : Total des transferts fédéraux pour la LAMSD et l'Assurance-maladie (1968-1969 à 1976-1977), la FPE (1977-1978 à 1995-1996) et le TCSPS (1996-1997 à 2005-2006)	Composante santé : Total des transferts fédéraux en espèces pour la LAMSD et l'Assurance-maladie (1968-1969 à 1976-1977), la FPE (1977-1978 à 1995-1996) et le TCSPS (1996-1997 à 2005-2006)	Composante santé : Transferts fédéraux de points d'impôts pour la FPE (1977-1978 à 1995-1996) et le TCSPS (1996-1997 à 2005-2006)
		(en millions de dollars)													
***Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et *Loi sur les soins médicaux* (1966)**	1968/69	4 911,9	..	..	..	2 515,2	..	..	..	..	831,1	..	831,1	831,1	..
	1969/70	5 505,3	..	..	..	3 255,8	..	..	..	..	1 100,0	..	1 100,0	1 100,0	..
	1970/71	6 252,8	..	..	..	4 144,6	..	..	..	..	1 468,3	..	1 468,3	1 468,3	..
	1971/72	7 118,7	..	..	..	4 752,6	..	..	..	..	1 792,0	..	1 792,0	1 792,0	..
	1972/73	7 787,7	..	..	..	5 226,1	..	..	..	..	1 984,7	..	1 984,7	1 984,7	..
	1973/74	8 699,4	..	..	..	5 902,7	..	..	..	..	2 168,3	..	2 168,3	2 168,3	..
	1974/75	10 223,9	..	..	..	7 177,6	5 770,7	363,0	7 540,5	..	2 624,7	..	2 624,7	2 624,7	..
	1975/76	12 200,6	39 695,6	9 301,4	29 730,5	8 742,2	6 985,0	410,0	9 152,2	..	3 168,2	..	3 168,2	3 168,2	..
	1976/77	14 051,0	40 778,2	10 818,5	30 619,6	9 883,7	7 974,9	449,6	10 333,3	..	3 728,0	..	3 728,0	3 728,0	..
Financement des programmes établis (FPÉ) (1977)	1977/78	15 451,2	41 621,0	11 845,8	30 924,8	11 317,0	8 431,1	483,8	11 800,8	8 201,1	5 462,4	2 738,7	4 673,0	2 814,0	1 858,9
	1978/79	17 108,4	42 953,6	13 042,1	31 718,6	12 589,1	9 285,5	486,2	13 075,3	9 304,4	6 202,4	3 102,0	5 345,0	3 239,0	2 105,5
	1979/80	19 170,1	44 216,2	14 552,7	32 281,8	14 066,4	10 183,8	521,7	14 588,1	10 591,5	7 027,9	3 563,6	6 094,0	3 675,0	2 418,8
	1980/81	22 308,7	46 703,1	16 852,1	33 922,0	16 372,0	11 863,9	602,2	16 974,2	12 022,5	7 853,8	4 168,7	6 863,0	4 033,0	2 829,5
	1981/82	26 289,1	48 863,8	19 955,0	35 583,2	19 419,6	13 965,6	722,9	20 142,4	13 620,4	8 880,1	4 740,2	7 726,0	4 508,0	3 217,5
	1982/83	30 771,7	51 224,7	23 459,4	37 548,5	22 866,0	16 489,1	898,8	23 764,8	15 632,6	10 270,9	5 361,6	8 682,0	5 043,0	3 639,3
	1983/84	34 052,9	53 220,1	26 095,2	39 329,6	25 061,3	18 012,4	1 027,0	26 088,2	17 251,6	11 771,7	5 479,8	9 590,0	5 861,0	3 719,5
	1984/85	36 759,2	55 162,3	27 973,0	40 845,2	26 642,8	19 125,6	1 132,5	27 775,3	18 540,8	12 569,6	5 971,3	10 379,0	6 326,0	4 053,1
	1985/86	39 858,5	57 582,8	30 111,7	42 460,9	28 727,5	20 416,5	1 166,1	29 893,6	19 971,1	13 434,7	6 536,3	11 171,0	6 735,0	4 436,6
	1986/87	43 350,0	60 372,6	32 541,3	44 467,1	31 097,5	22 446,2	1 292,4	32 389,8	21 231,0	14 018,3	7 212,6	11 905,0	7 010,0	4 895,7
	1987/88	46 821,3	62 085,0	35 087,8	45 932,7	33 401,6	24 261,8	1 368,9	34 770,5	22 548,1	14 436,8	8 111,3	12 590,0	7 085,0	5 505,6
	1988/89	50 982,6	64 754,1	38 187,2	48 164,4	36 595,0	26 160,8	1 574,2	38 169,1	24 010,8	15 111,7	8 899,1	13 315,0	7 274,0	6 040,3
	1989/90	56 115,6	67 668,6	41 931,3	50 597,5	40 225,9	28 543,2	1 724,6	41 950,5	25 669,3	15 891,9	9 777,4	14 179,0	7 542,0	6 636,5
	1990/91	61 047,0	69 863,6	45 469,9	51 639,3	43 194,7	30 438,9	2 053,6	45 248,3	26 462,5	16 384,5	10 078,0	14 411,0	7 571,0	6 840,5
	1991/92	66 246,2	72 591,6	49 351,4	53 796,2	47 085,6	33 268,8	2 130,2	49 215,8	27 423,6	17 409,4	10 014,2	14 701,0	7 904,0	6 797,2
	1992/93	69 764,8	74 119,0	51 666,3	54 686,3	48 659,2	33 811,8	2 224,2	50 883,4	28 300,4	18 396,4	9 904,0	14 919,0	8 197,0	6 722,5
	1993/94	71 514,1	74 716,7	53 952,7	54 297,8	48 430,4	33 713,5	2 300,6	50 731,0	28 991,4	18 810,3	10 181,1	15 131,0	8 221,0	6 910,5
	1994/95	73 138,4	75 284,2	52 668,7	54 189,8	49 042,5	33 463,7	2 593,7	51 636,1	29 369,9	18 719,0	10 650,9	15 302,0	8 073,0	7 229,4
	1995/96	74 063,2	75 489,8	52 783,4	53 694,3	48 827,3	32 875,8	2 692,4	51 519,7	29 882,4	18 476,4	11 406,0	15 697,0	7 955,0	7 741,9
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) (1996)	1996/97	74 689,3	75 604,5	52 807,1	53 409,3	49 070,3	33 028,6	2 578,5	51 648,8	26 900,0	14 741,8	12 158,2	14 592,0	6 339,1	8 253,0
	1997/98	78 326,1	78 326,1	55 004,8	55 004,8	51 394,7	34 399,8	2 942,8	54 337,5	25 838,8	12 500,0	13 338,8	14 429,4	5 375,0	9 054,4
	1998/99	81 516,8	82 355,1	59 065,7	58 438,2	55 004,5	36 754,0	3 090,5	58 095,0	26 841,3	12 500,0	14 341,3	15 109,9	5 375,0	9 734,9
	1999/00	89 546,6	87 240,2	65 372,2	62 221,2	59 104,5	37 911,4	3 451,8	62 556,3	30 068,2	14 500,0	15 568,2	16 802,7	6 235,0	10 567,7
	2000/01	95 881,3	91 098,2	69 017,7	65 980,4	64 466,8	41 246,2	3 732,9	68 199,7	31 912,5	15 500,0	16 412,5	18 375,8	7 235,0	11 140,8
	2001/02	102 511,9	96 011,6	74 465,0	70 468,5	69 301,6	43 482,1	3 737,1	73 038,7	34 402,5	16 300,0	16 100,5	19 268,0	8 139,0	10 929,0
Projections	2002/03	108 714,9	..	..	..	72 559,8	45 525,8	..	..	35 663,6	19 100,0	16 564,0	19 398,6	8 135,0	11 263,6
	2003/04	115 983,5	..	..	..	76 186,7	47 802,0	..	..	37 200,0	19 800,0	17 200,0	20 088,4	8 413,0	11 675,4
	2004/05	116 764,6	..	..	..	80 072,2	50 239,9	..	..	38 300,0	20 400,0	17 900,0	20 821,5	8 671,0	12 150,5
	2005/06	122 719,1	..	..	..	84 075,8	52 751,9	..	..	39 800,0	21 000,0	18 800,0	21 576,4	8 845,0	12 761,4

Annexe E.2 Part (en pourcentage) et taux de variation des dépenses publiques en matière de santé et des principaux transferts sociaux, y compris l'allocation théorique pour la santé 1968-1969 à 2001-2002 et projections

Régime de transfert en matière de santé	Exercice financier	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
		Dépenses totales publiques et privées en matière de santé	Dépenses totales publiques et privées en matière de santé (Dollars constants - 1997)	Dépenses totales du secteur public en matière de santé	Dépenses totales du secteur public en matière de santé (Dollars constants - 1997)	Dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé	Dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et de médecins	Dépenses fédérales directes totales en matière de santé	Dépenses fédérales-provinciales-territoriales combinées en matière de santé	Total des principaux transferts sociaux	Composante en espèces des principaux transferts sociaux	Composante des principaux transferts sociaux constituée de points d'impôts	Total des transferts fédéraux en matière de santé en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé	Transferts fédéraux en espèces en matière de santé en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé	Transferts fédéraux de points d'impôts en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé	Total des transferts fédéraux en matière de santé en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et de médecins	Transferts fédéraux en espèces en matière de santé en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales pour les services hospitaliers et de médecins	Transferts fédéraux de points d'impôts en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé pour les services hospitaliers et de médecins	Dépenses provinciales-territoriales en matière de santé en pourcentage des dépenses provinciales-territoriales de programmes	Dépenses totales en matière de santé en proportion du PIB	Dépenses totales publiques en pourcentage du PIB
***Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et *Loi sur les soins médicaux* (1966)**	1968/69	13,6%	..	..	..	14,3%	..	..	..	..	..	..	33,0%	33,0%	..	..	..	..	..	6,5%	..
	1969/70	12,1%	..	..	..	29,4%	..	..	..	..	32,4%	..	33,8%	33,8%	..	..	..	..	..	6,6%	..
	1970/71	13,6%	..	..	..	27,3%	..	..	..	..	33,5%	..	35,4%	35,4%	..	..	..	..	..	7,0%	4,9%
	1971/72	13,8%	..	..	..	14,7%	..	..	..	..	22,0%	..	37,7%	37,7%	..	..	..	..	..	7,2%	5,3%
	1972/73	9,4%	..	..	..	12,1%	..	..	..	..	10,8%	..	37,3%	37,3%	..	..	..	..	..	7,1%	5,3%
	1973/74	11,7%	..	..	..	10,8%	..	..	..	..	9,2%	..	36,7%	36,7%	..	..	..	..	..	6,8%	5,0%
	1974/75	17,5%	..	..	..	21,6%	..	..	..	..	21,0%	..	36,6%	36,6%	..	45,5%	45,5%	..	28,3%	6,7%	5,0%
	1975/76	19,3%	..	..	..	21,8%	21,0%	13,0%	21,4%	..	20,7%	..	36,2%	36,2%	..	45,4%	45,4%	..	28,4%	7,1%	5,4%
	1976/77	15,2%	2,7%	16,3%	3,0%	13,1%	14,2%	9,6%	12,9%	..	17,3%	..	37,7%	37,7%	..	46,7%	46,7%	..	28,8%	7,1%	5,4%
Financement des programmes établis (FPÉ) (1977)	1977/78	10,0%	2,1%	9,5%	1,0%	14,5%	5,7%	7,6%	14,2%	..	46,5%	..	41,3%	24,9%	16,4%	55,4%	33,4%	22,0%	28,0%	7,0%	5,4%
	1978/79	10,7%	3,2%	10,1%	2,6%	11,2%	10,1%	0,5%	10,8%	13,5%	13,5%	13,3%	42,5%	25,7%	16,7%	57,6%	34,9%	22,7%	28,3%	7,0%	5,3%
	1979/80	12,1%	2,9%	11,6%	1,8%	11,7%	9,7%	7,3%	11,6%	13,8%	13,3%	14,9%	43,3%	26,1%	17,2%	59,8%	36,1%	23,8%	27,8%	6,9%	5,2%
	1980/81	16,4%	5,6%	15,8%	5,1%	16,4%	16,5%	15,4%	16,4%	13,5%	11,8%	17,0%	41,9%	24,6%	17,3%	57,8%	34,0%	23,8%	28,7%	7,1%	5,4%
	1981/82	17,8%	4,6%	18,4%	4,9%	18,6%	17,7%	20,0%	18,7%	13,3%	13,1%	13,7%	39,8%	23,2%	16,6%	55,3%	32,3%	23,0%	29,2%	7,3%	5,5%
	1982/83	17,1%	4,8%	17,6%	5,5%	17,7%	18,1%	24,3%	18,0%	14,8%	15,7%	13,1%	38,0%	22,1%	15,9%	52,7%	30,6%	22,1%	29,5%	8,1%	6,2%
	1983/84	10,7%	3,9%	11,2%	5,3%	9,6%	9,4%	14,3%	9,8%	10,4%	14,6%	2,2%	38,3%	23,4%	14,8%	53,2%	32,5%	20,6%	30,1%	8,3%	6,4%
	1984/85	7,9%	3,6%	7,2%	3,3%	6,3%	6,1%	10,2%	6,5%	7,5%	6,8%	9,0%	39,0%	23,7%	15,2%	54,3%	33,1%	21,2%	30,8%	8,2%	6,2%
	1985/86	8,4%	4,4%	7,6%	4,0%	7,8%	7,0%	3,0%	7,6%	7,7%	6,9%	9,5%	38,9%	24,4%	15,4%	54,6%	32,9%	21,7%	30,2%	8,2%	6,2%
	1986/87	8,8%	4,8%	8,1%	4,7%	8,2%	9,7%	10,8%	8,4%	6,3%	4,3%	10,3%	38,3%	22,5%	15,7%	53,0%	31,2%	21,8%	31,4%	8,5%	6,4%
	1987/88	8,0%	2,8%	7,8%	3,3%	7,4%	8,1%	5,9%	7,3%	6,2%	3,0%	12,5%	37,7%	21,2%	16,5%	51,9%	29,2%	22,7%	32,3%	8,4%	6,3%
	1988/89	8,9%	4,3%	8,8%	4,9%	9,6%	7,8%	15,0%	9,8%	6,5%	4,7%	9,7%	36,4%	19,9%	16,5%	50,9%	27,8%	23,1%	32,4%	8,3%	6,2%
	1989/90	10,1%	4,5%	9,8%	4,2%	9,9%	9,1%	9,6%	9,9%	6,9%	5,2%	9,9%	35,2%	18,7%	16,5%	49,7%	26,4%	23,3%	33,2%	8,5%	6,4%
	1990/91	8,8%	3,2%	8,4%	2,9%	7,4%	6,6%	19,1%	7,9%	3,1%	3,1%	3,1%	33,4%	17,5%	15,8%	47,3%	24,9%	22,5%	32,8%	9,0%	6,7%
	1991/92	8,5%	3,9%	8,5%	4,2%	9,0%	9,3%	3,7%	8,8%	3,6%	6,3%	-0,6%	31,2%	16,8%	14,4%	44,2%	23,8%	20,4%	32,4%	9,7%	7,2%
	1992/93	5,3%	2,1%	4,7%	1,7%	3,3%	1,6%	4,4%	3,4%	3,2%	5,7%	-1,1%	30,7%	16,8%	13,8%	44,1%	24,2%	19,9%	32,5%	10,0%	7,4%
	1993/94	2,5%	0,8%	0,6%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	3,4%	-0,3%	2,4%	2,2%	2,8%	31,2%	17,0%	14,3%	44,9%	24,4%	20,5%	32,7%	9,8%	7,2%
	1994/95	2,3%	0,7%	1,4%	-0,2%	1,3%	-0,7%	12,7%	1,8%	1,3%	-0,5%	4,5%	31,2%	16,5%	14,7%	45,7%	24,1%	21,6%	32,7%	9,5%	6,8%
	1995/96	1,3%	0,3%	0,2%	-0,9%	-0,4%	-1,8%	3,8%	-0,2%	1,7%	-1,3%	7,1%	32,1%	16,3%	15,9%	47,7%	24,2%	23,5%	32,2%	9,1%	6,5%
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) (1996)	1996/97	0,8%	0,2%	0,0%	-0,5%	0,5%	0,5%	-4,2%	0,3%	-10,0%	-20,2%	6,6%	29,7%	12,9%	16,8%	44,2%	19,2%	25,0%	33,0%	8,9%	6,3%
	1997/98	4,9%	3,6%	4,2%	3,0%	4,7%	4,2%	14,1%	5,2%	-3,9%	-15,2%	9,7%	28,1%	10,5%	17,6%	41,9%	15,6%	26,3%	34,1%	8,9%	6,2%
	1998/99	6,6%	5,1%	7,4%	6,2%	7,0%	6,8%	5,0%	6,9%	3,9%	0,0%	7,5%	27,5%	9,8%	17,7%	41,1%	14,6%	26,5%	32,6%	9,1%	6,5%
	1999/00	7,2%	5,9%	7,3%	6,5%	7,5%	3,1%	11,7%	7,7%	12,0%	16,0%	8,6%	28,4%	10,5%	17,9%	44,3%	16,4%	27,9%	35,4%	9,2%	6,5%
	2000/01	7,1%	4,4%	8,9%	6,0%	9,1%	8,8%	8,1%	9,0%	6,1%	6,9%	5,4%	28,5%	11,2%	17,3%	44,6%	17,5%	27,0%	37,3%	9,1%	6,5%
	2001/02	6,9%	5,4%	7,9%	6,8%	7,5%	5,4%	0,1%	7,1%	7,5%	18,1%	-1,9%	27,5%	11,7%	15,8%	43,9%	18,7%	25,1%	..	9,3%	6,8%
Projections	2002/03	4,1%	..	..	..	4,7%	4,7%	..	..	3,7%	4,4%	2,9%	26,7%	11,2%	15,5%	42,6%	17,9%	24,7%	..	..	..
	2003/04	4,0%	..	..	..	5,0%	5,0%	..	..	3,7%	3,7%	3,8%	26,4%	11,0%	15,3%	42,0%	17,6%	24,4%	..	..	..
	2004/05	5,2%	..	..	..	5,1%	5,1%	..	..	3,5%	3,0%	4,1%	26,0%	10,8%	15,2%	41,4%	17,3%	24,2%	..	..	..
	2005/06	5,1%	..	..	..	5,0%	5,0%	..	..	3,9%	2,9%	5,0%	25,7%	10,5%	15,2%	40,9%	16,7%	24,2%	..	..	..

Annexe E.1

Colonne A

Selon la définition de l'ICIS, les dépenses totales en matière de santé correspondent à la valeur combinée des dépenses des secteurs tant public que privé. Les dépenses de santé du secteur privé comprennent les frais acquittés par des particuliers pour des biens et services en matière de santé; les indemnités versées par les compagnies d'assurance à caractère commercial ou non-commercial; ainsi que les frais afférents à l'administration des indemnités; les dépenses privées afférentes à l'aménagement d'installations permanentes et d'appareils; et la recherche en matière de santé financée par des fonds privés. Pour une définition plus détaillée des dépenses de santé du secteur public, voir les notes de la colonne C.

Les données pour les dépenses totales de santé sont classées par année civile. Les données relatives à 2000 et 2001 sont des prévisions de l'ICIS.

1968-1969 à 1974-1975 : Statistique Canada 1983; Canada. Santé et Bien-être social Canada 1979.

1975-76 à 2001-2002 : ICIS 2001e.

2002-2003 à 2005-2006 : Ces données (en rouge) sont des prévisions du Conference Board du Canada (2001) fondées sur les taux annuels de croissance du secteur de la santé appliqués aux données de l'ICIS.

Colonne B

On utilise des dollars constants pour indiquer les dépenses réelles (ajustées pour tenir compte de l'inflation) en matière de santé. Les dépenses réelles en matière de santé sont présentées en dollars constants de 1997. Les dépenses en dollars constants ont été calculées par l'ICIS à l'aide d'indices de prix pour les dépenses privées et publiques dans chaque province et territoire. Ces indices sont les indices implicites de prix (IIP) pour les dépenses gouvernementales courantes utilisées pour « déflater » les dépenses du secteur public en matière de santé, et la composante santé de l'indice des prix à la consommation (IPC) utilisé pour « déflater » les dépenses du secteur privé en matière de santé. Les deux ensembles d'indices ont été mis au point par Statistique Canada.

Les données pour 2000 et 2001 sont des prévisions de l'ICIS.

1975-1976 à 2001-2002 : ICIS 2001e.

Colonne C

Les dépenses du secteur public en matière de santé comprennent les dépenses de soins de santé effectuées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux et correspondent à quatre catégories de dépenses publiques : 1) les dépenses des gouvernements provinciaux-territoriaux; 2) les dépenses fédérales directes; 3) les dépenses des administrations municipales; et 4) les dépenses des caisses de sécurité sociale, commissions des accidents de travail comprises.

Pour de plus amples informations sur les secteurs des gouvernements provinciaux-municipaux et sur les dépenses fédérales directes, voir les notes afférentes aux colonnes E et G.

Le secteur des administrations municipales comprend les dépenses en matière de santé des administrations municipales pour des services institutionnels, y compris la santé publique, l'aménagement d'installations permanentes et d'appareils et les services de soins dentaires offerts par les municipalités dans les provinces de Nouvelle-Écosse, du Manitoba et de la Colombie-Britannique. Les fonds transférés par les gouvernements provinciaux au titre de la santé ne sont pas inclus dans le secteur municipal mais sont comptabilisés dans les dépenses des gouvernements provinciaux.

Les caisses de sécurité sociale sont des programmes d'assurance sociale qui sont imposés et contrôlés par une autorité publique. Elles sont généralement financées par des contributions obligatoires versées par les employés et les employeurs, et il appartient à l'autorité publique de déterminer les modalités selon lesquelles les prestations sont versées. Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses des commissions d'accident du travail en matière de santé et la composante caisse d'assurance-médicaments du programme québécois de subvention au titre des médicaments. Les dépenses des commissions d'accident du travail en matière de santé comprennent les dépenses afférentes à ce que les organismes provinciaux d'accident du travail désignent généralement sous le vocable « aide médicale ».

Les données pour 2000 et 2001 sont des prévisions de l'ICIS.

1975-1976 à 2001-2002 : ICIS 2001e.

Colonne D

Pour une explication de la méthode utilisée pour calculer les montants en dollars constants, voir la note de la Colonne B.

Les données pour 2000 et 2001 sont des prévisions de l'ICIS.

1975-1976 à 2001-2002 : ICIS 2001e.

Colonne E

Le secteur des gouvernements provinciaux-territoriaux comprend les dépenses directes en matière de santé effectuées par les provinces et les territoires, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et aux territoires, et les transferts des gouvernements provinciaux en matière de santé aux administrations municipales.

Les données pour 2000-2001 et 2001-2002 sont des prévisions de l'ICIS.

1968-1969 à 2001-2002 : ICIS 2001f.

2002-2003 à 2005-2006 : Les données sont des projections (en rouge) reposant sur les taux de croissance annuelle du Conference Board du Canada concernant le secteur de la santé des gouvernements provinciaux-territoriaux et les données de l'ICIS.

Colonne F

Les dépenses du secteur hospitalier sont les dépenses effectuées par les hôpitaux agréés ou accrédités par les gouvernements provinciaux-territoriaux et comprennent les établissements offrant des soins aigus, des soins de réadaptation et de convalescence, ainsi que les postes de soins infirmiers et les établissements hospitaliers dans les régions rurales et éloignées. Ne sont pas considérés comme des hôpitaux les établissements psychiatriques et les établissements de soins spéciaux. Cette définition se rapproche sensiblement des services hospitaliers autrefois admissibles à un financement fédéral au titre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, ainsi que des services admissibles selon la définition des services assurés en vertu de la *Loi canadienne de la santé*.

La plupart des dépenses de soins médicaux correspondent à des honoraires professionnels payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé à des médecins exerçant leur profession dans un cadre privé. Les honoraires afférents aux services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont versés directement aux médecins. Sont également incluses d'autres catégories de revenu professionnel comme les salaires, les paiements à la séance (entente contractuelle) et les capitations.

Les données pour 2000-2001 et 2001-2002 sont des prévisions de l'ICIS.

1974-1975 à 2001-2002 : ICIS 2002f.

2003-2004 à 2005-2006 : Les données sont des projections de la Commission (en rouge) fondées sur la part actuelle des dépenses totales provinciales-municipales portant sur les services hospitaliers et médicaux pendant l'exercice financier 2001-2002. En 2001-2002, les services hospitaliers et médicaux ont représenté 62,7 % des dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé. Ce pourcentage a été appliqué aux estimations des dépenses provinciales-territoriales totales de la colonne E.

Colonne G

Les dépenses fédérales directes correspondent aux dépenses directes en matière de santé effectuées par le gouvernement fédéral concernant les services de soins de santé offerts à des groupes spéciaux comme les Autochtones, les membres des forces armées et les anciens combattants, les employés de la GRC et les détenus dans les pénitenciers fédéraux, ainsi que les dépenses pour la recherche en matière de santé, et pour la promotion et la protection de la santé. Les dépenses fédérales directes ne comprennent pas les transferts fédéraux aux provinces.

Les données pour 2000-2001 et 2001-2002 sont des prévisions de l'ICIS.

1968-1969 à 2001-2002 : ICIS 2002f.

Colonne H

Les dépenses fédérales et provinciales-territoriales combinées en matière de santé dans la colonne H correspondent à la somme des colonnes E et G.

Colonne I

Les principaux transferts sociaux du gouvernement fédéral sont ceux qui sont accordés aux gouvernements provinciaux et territoriaux au titre de la santé, des services sociaux et de l'enseignement postsecondaire. Ces transferts comprennent à divers moments le Transfert canadien pour la santé et les programmes sociaux (TCSPS), le Régime d'assistance publique (RAP), le Financement des programmes établis (FPÉ) et des transferts en espèces en matière de santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie et les services diagnostiques* et de la *Loi sur les soins médicaux*. La valeur totale des principaux transferts sociaux comprend aussi bien les paiements en espèces que les transferts de points d'impôts (les valeurs combinées des colonnes J et K) pour la période postérieure à 1976-1977.

1977-1978 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Colonne J

1968-1969 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Colonne K

1977-1978 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Colonne L

Les transferts fédéraux pour la santé pour la période 1968-1969 à 1974-1975 comprennent uniquement les paiements en espèces versés en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*.

Les allocations théoriques pour la santé en vertu du FPÉ (1977-1978 à 1995-1996) sont fondées sur la valeur combinée des données concernant les transferts en espèces et les transferts de points d'impôts au titre de la santé fournies par le ministère des Finances Canada. Les composantes en espèces et en points d'impôts théoriquement attribuées à la santé en vertu du FPÉ ont été fixées à 67,9 pour cent en 1977, mais à cause des contrôles de prix « 6 et 5 » (imposés en 1975) s'appliquant à la composante en espèces de l'enseignement postsecondaire, la part en espèces de la

composante santé s'est accrue par rapport à celle de la composante enseignement postsecondaire. C'est pourquoi, selon les données du ministère des Finances Canada, l'allocation théorique pour la santé varie entre 71,7 % des paiements en espèces au titre du FPÉ en 1977-1978 et 74,8 % en 1995-1996. Dans le cas du transfert de points d'impôts, l'allocation théorique pour la santé est demeurée constante, à 67,9 % de la valeur totale du transfert de points d'impôts.

En outre, étant donnée la péréquation afférente aux transferts de points d'impôts, une portion du transfert de points d'impôts était constituée de paiements en espèces, mais le ministère des Finances Canada inclut cette portion dans la composante transfert de points d'impôts.

L'allocation théorique pour la santé en vertu du TCSPS (1996-1997 à 2005-2006) est fondée sur un document du ministère des Finances Canada intitulé *Backgrounder on Federal Support for Health in Canada* (mars 2000). Ce document présuppose une allocation théorique concernant la composante en espèces afférente à la santé pour tous les transferts en espèces du TCSPS de 43 %; ce pourcentage est lui-même fonction de la part relative de la valeur combinée des transferts du FPÉ et du Régime d'assistance publique du Canada avant leur consolidation dans le cadre du TCSPS. Le chiffre a été obtenu en divisant la composante en espèces au titre de la santé du FPÉ par la valeur combinée de tous les transferts en espèces du FPÉ et du Régime d'assistance publique du Canada pour la dernière année de ces programmes, soit l'exercice financier 1995-1996. Selon le ministère des Finances Canada, au cours de ce dernier exercice, la valeur combinée de tous les transferts en espèces au titre du FPÉ et du RAC était d'environ 18,47 milliards de dollars. De ce montant en espèces, quelque 7,96 milliards ont été théoriquement alloués à la santé au titre du FPÉ. L'allocation théorique des transferts de poins d'impôts en vertu du TCSPS demeure la même qu'en vertu du FPÉ car les points d'impôts transférés en 1977-1978 l'ont été spécifiquement pour la santé et l'enseignement postsecondaire et ne visaient pas les services sociaux.

En septembre 2000, le gouvernement fédéral a affecté des transferts supplémentaires ciblés au titre du TCSPS au Fonds pour les appareils médicaux, au Fonds pour les technologies d'information sur la santé, et au Fonds pour l'adaptation des services de santé — soins de santé primaires et développement du jeune enfant. Ces fonds ciblés devaient correspondre à des contributions distinctes pour la santé et les services sociaux et devaient être versés aux provinces et aux territoires entre 2000-2001 et 2005-2006. Dans les données fournies par le ministère des Finances Canada, la valeur de ces transferts ciblés est incluse dans la contribution totale en espèces au titre du TCSPS. C'est pourquoi la Commission a pu calculer une contribution de base au titre du TCSPS en soustrayant la valeur de ces transferts supplémentaires en espèces de la contribution totale en espèces au titre du TCSPS. Pour allouer ces transferts en espèces conçus précisément à des fins de santé, les montants en espèces mis à la disposition des gouvernements provinciaux et territoriaux par le biais du Fonds pour les appareils médicaux, du Fonds pour les technologies de l'information sur la santé et du Fonds pour l'adaptation des services de santé — soins de santé primaires ont été rajoutés à la portion en espèces au titre de la santé en tenant compte de l'année et des montants visés. Les fonds au titre du développement de la jeune enfance ont été exclus des calculs de la composante santé.

1968-1969 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Colonne M

Les données pour la composante en espèces du FPÉ ont été fournies par le ministère des Finances Canada. En s'appuyant sur ces données, on constate que l'allocation théorique pour la santé au titre du transfert en espèces varie entre 71,7 % (1977-1978) et 74,8 % (1995-1996).

Les données concernant le transfert en espèces du TCSPS fournies par le ministère des Finances Canada n'incluent pas une allocation théorique au titre de la santé. L'allocation théorique pour la composante en espèces au titre de la santé du TCSPS a été calculée par la Commission en s'appuyant sur l'allocation de 43 % dont il est question dans la note de la colonne L et en

l'appliquant aux données sur les transferts en espèces fournies par le ministère des Finances.

1968-1969 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Colonne N

Les données concernant la composante des points d'impôts au titre du FPÉ ont été fournies par le ministère des Finances Canada. L'allocation théorique pour la santé au titre du transfert de points d'impôts est toujours demeurée constante, à 67,9 % des transferts de points d'impôts au titre du FPÉ.

Les données concernant le transfert de points d'impôts au titre du TCSPS fournies par le ministère des Finances Canada n'incluent pas une allocation théorique pour la santé. La Commission a calculé l'allocation théorique pour la composante des points d'impôts du TCSPS en s'appuyant sur l'allocation de 67,9 % décrite ci-dessus dans la note de la colonne L et en l'appliquant aux données du transfert de points d'impôts fournies par le ministère des Finances.

1968-1969 à 2005-2006 : Canada. Ministère des Finances 2002c.

Annexe E.2

Le taux de croissance annuelle a été déterminé en soustrayant la valeur totale dans l'année de base (par exemple1968-1969) de la valeur totale de l'année suivante (par exemple 1969-1970) et en divisant le montant ainsi obtenu par la valeur de l'année de base. La valeur obtenue est exprimée en pourcentage.

Colonne A

Calculs fondés sur la colonne A de l'Annexe E.1

Colonne B

Calculs fondés sur la colonne B de l'Annexe E.1

Colonne C

Calculs fondés sur la colonne C de l'Annexe E.1

Colonne D

Calculs fondés sur la colonne D de l'Annexe E.1

Colonne E

Calculs fondés sur la colonne E de l'Annexe E.1

Colonne F

Calculs fondés sur la colonne F de l'Annexe E.1

Colonne G

Calculs fondés sur la colonne G de l'Annexe E.1

Colonne H

Calculs fondés sur la colonne H de l'Annexe E.1

Colonne I

Calculs fondés sur la colonne I de l'Annexe E.1

Colonne J

Calculs fondés sur la colonne J de l'Annexe E.1

Colonne K

Calculs fondés sur la colonne K de l'Annexe E.1

Colonne L

Les données ont été obtenues en divisant la colonne L (total des transferts fédéraux en matière de santé) par la colonne E (dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé) de l'Annexe E.1.

Colonne M

Les données ont été obtenues en divisant la colonne M (composante santé des transferts fédéraux en espèces) par la colonne E (dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé) de l'Annexe E.1.

Colonne N

Les données ont été obtenues en divisant la colonne N (composante santé des transferts fédéraux de points d'impôts) par la colonne E (dépenses provinciales-territoriales totales en matière de santé) de l'Annexe E.1.

Colonne O

Les données ont été obtenues en divisant la colonne L (total des transferts fédéraux en matière de santé) par la colonne F (dépenses provinciales-territoriales en matière de santé pour les services hospitaliers et médicaux) de l'Annexe E.1.

Colonne P

Les données ont été obtenues en divisant la colonne M (composante santé des transferts fédéraux en espèces) par la colonne F (dépenses provinciales-territoriales de santé pour les services hospitaliers et médicaux) de l'Annexe E.1.

Colonne Q

Les données ont été obtenues en divisant la colonne N (composante santé des transferts fédéraux de points d'impôts) par la colonne F (dépenses provinciales-territoriales de santé pour les services hospitaliers et médicaux) de l'Annexe E.1.

Colonne R

Les dépenses totales de programme comprennent toutes les dépenses provinciales-territoriales budgétaires sauf les frais du service de la dette.

Le chiffre pour 2000-2001 est une prévision de ICIS.

1974-1975 à 2000-2001 : ICIS 2001g.

Colonne S

Tous les chiffres se rapportent à des années civiles.

1968-1969 à 2001-2002 : OCDE 2002b.

Colonne T

Tous les chiffres se rapportent à des années civiles.

1970-1971 à 2001-2002 : OCDE 2002b.

Organisations de soins de santé primaires au Canada, 2002

On trouvera dans le tableau qui suit l'éventail des initiatives en matière de soins de santé primaires entreprises ou projetées dans chaque territoire et province. Les informations ont été recueillies par les employés de la Commission dans les publications et sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais elles ont été revues et corrigées par les fonctionnaires de chacun des divers ministères de la santé concernés. Ce qui ressort immédiatement de ces informations, c'est la diversité des initiatives en soins de santé primaires en regard de leur organisation, de leur gouvernance et de leur financement. Par ailleurs, certaines initiatives sont relativement récentes tandis que d'autres remontent à quelques décennies.

	Établissements de soins de santé primaires	Création	Gouvernance	Financement	Autres initiatives
Terre-Neuve et Labrador	3 centres de santé communautaire	1984, 1995, 1997	Autorités régionales de la santé	Gouvernement provincial	La province a mis sur pied un bureau des soins de santé primaires qui a pour mission d'élaborer un cadre provincial et un plan d'application en la matière. Elle vise à créer, d'ici cinq ans, un réseau d'équipes de dispensateurs de soins de santé primaires.
	3 établissements de santé primaire	1997	Autorités régionales de la santé	Gouvernement provincial	
Île-du-Prince-Édouard	4 centres de santé communautaire	1995 à 2000	Autorité régionale de la santé	Gouvernement provincial ou autorité régionale de la santé	Création de centres de santé familiale
Nouvelle-Écosse	9 centres de santé communautaire (répertoriés par la Federation of Community Health Centres of Nova Scotia)	1972 à 2002	Conseil d'administration bénévole ou élu	Autorité régionale de la santé, Ministère de la Santé, campagnes de financement	L'initiative Strengthening Primary Care in Nova Scotia se poursuivra avec l'appui financier de la province jusqu'à 2003.
Nouveau-Brunswick	2 centres de santé communautaire existants, actuellement non accessibles tous les jours, 24 heures sur 24	1994 à 1995	Autorités régionales de la santé	Gouvernement provincial	2 projets pilotes en santé communautaire qu répondent aux normes en matière de soins ce santé primaires seront crées dans la province d'ici la fin de l'automne 2002. Modèle de partage des responsabilités au sein d'équipes interdisciplinaires. Projet pilote de collaboration entre les dispensateurs de soins dans les cabinets de médecins de famille : mis en œuvre en 1999 et evalué en 2000 – abandonné.
Québec	147 centres locaux de santé communautaire	1972	Conseil d'administration élu	Gouvernement provincial	Groupes de médecins de famille Objectif visé : 300 établissements de soins de santé primaires.
Ontario	55 centres de santé communautaire	Années 1970	Conseil communautaire élu	Gouvernement provincial. Organismes régionaux, gouvernement fédéral et organisations non gouvernementales comme Centraide	Travaux d'expansion en cours grâce à la création d'un organisme spécial, le Réseau Santé familiale de l'Ontario, qui a récemment annoncé l'expansion de 4 autres réseaux Santé familiale. Annonce récente d'un investissement accru dans le secteur des soins de santé primaires, de concert avec le gouvernement fédéral, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
	2 réseaux Santé familiale	2002	Conclusion d'une entente de gouvernance exigée dans le cadre du contrat de financement	Gouvernement provincial	
	14 réseaux de soins de santé primaires	1999	Conclusion d'une entente de gouvernance exigée dans le cadre du contrat de financement	Gouvernement provincial	
	52 organisations de services de santé	Années 1970	Aucune structure de gouvernance précise	Gouvernement provincial	
	23 contrats parrainés par les collectivités	1999	Contrat de financement assorti d'exigences en matière de gouvernance	Gouvernement provincial	
	Group Health Centre	Années 1970	Conseil communautaire	Gouvernement provincial	
	13 programmes de financement de groupes du Nord	1999	Conclusion d'une entente de gouvernance exigée dans le cadre du contrat de financement	Gouvernement provincial	

	Établissements de soins de santé primaires	Création	Gouvernance	Financement	Autres initiatives
Manitoba	27 établissements, notamment des centres de santé, des centres communautaires de soins infirmiers, des centres de soins de santé primaires et des centres de santé communautaire	1994 à ce jour	Autorité régional de la santé (tous les centres ruraux), conclusion d'une entente en matière d'achat de services avec l'autorité régionale (centres urbains, sauf un qui est régi par le ministère de la Santé du Manitoba)	Essentiellement les autorités régionales de la santé; dans quelques cas, le ministère de la Santé du Manitoba	Un réseau de soins de santé primaire, qui regroupe des représentants des autorités régionales de la santé et qui appuie une stratégie provinciale, a été formé en 2001. On projette de créer 12 centres communautaires d'accès à la santé et aux services sociaux, dont un qui se construit actuellement et deux qui en sont à l'étape de la planification. Un cadre stratégique provincial en matière de soins de santé primaires, qui a reçu une approbation de principe en mars 2002, a été largement diffusé auprès des autorités régionales de la santé.
Saskatchewan	3 cliniques communautaires	1962	Conseil d'administration qui rend compte au ministère de la Santé de la Saskatchewan	Gouvernement provincial	Constitution d'équipes et de réseaux de soins de santé primaires
	21 établissements de soins de santé primaires (2 d'entre eux sont également des cliniques communautaires, ce qui donne un total de 5)	1998 à 2002	Autorités régionales de la santé	Gouvernement provincial	
Alberta	Plus de 8 centres de santé communautaire	1980 à ce jour	Autorités régionales de la santé/conseils communautaires	Autorités régionales de la santé/conseils communautaires	Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta tient une série de consultations auprès des intervenants en vue de définir des stratégies de soins de santé primaires et d'élaborer un projet qui pourrait bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
Colombie-Britannique	Au moins 25 centres de santé communautaire	Depuis 1970	Conseil d'administration, autorités locales de la santé ou comités consultatifs	Autorités locales de la santé par le biais du ministère de la Santé ou de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada, s'il s'agit des Premières nations.	Élaboration d'un projet dans le cadre du Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires, sous la direction de la division des services de soins de santé primaires, ministère des Services de santé.
	8 organisations de soins de santé primaires	Depuis 1992			
Yukon	Centres de santé		Gouvernements du Yukon et fédéral	Gouvernements du Yukon et fédéral	Actuellement, il n'existe aucune initiative de renouvellement des soins de santé primaires au Yukon.
Territoires du Nord-Ouest	23 centres de santé communautaire	1992 à 1998	Organismes responsables de la santé et des services sociaux (Health and Social Services Authorities), selon la description qu'en donne la *Health Insurance and Health and Social Services Act*.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Depuis 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'occupe d'élaborer un modèle intégré de prestation de services qui décrira les services de base, et la répartition, la mise en place et la prestation de services de soins de santé primaires.
Nunavut	26 centres de santé	1er avril 1999	Gouvernements territorial et fédéral	Gouvernements territorial et fédéral	Expansion de la télésanté et des activités de promotion de la santé.

Estimation par les consultants des coûts des soins à domicile ciblés

John P. Hirdes, Ph.D., Université de Waterloo et Homewood Research Institute
Jeff Poss, P.Eng., MBA., Université de Waterloo
John N. Morris, Ph.D., Hebrew Rehabilitation Center for the Aged, Boston
Brant E. Fries, Ph.D., Université du Michigan, Ann Arbor et VA Medical Center

Plusieurs provinces canadiennes ont récemment entrepris d'adopter une procédure d'évaluation commune qui servira de fondement au système d'information sur les soins à domicile. Toutefois, le Canada ne s'est pas encore doté d'une base de données nationale qui intègre des données cliniques, des données sur l'utilisation des services, sur les coûts et sur les résultats des soins à domicile. En conséquence, il est impossible ici de simplement résumer les données administratives pour évaluer les coûts des services de soins à domicile de base que recommande la Commission. Il faut donc procéder à une « estimation synthétique » en combinant les données démographiques disponibles aux résultats de recherche afin de simuler les taux anticipés des besoins de la population et les coûts des services qui devront être prévus pour répondre à ces besoins.

Sources des données

Les principales sources des données ayant servi à cette analyse sont : a) des statistiques démographiques (p. ex. sur la mortalité), fournies par Santé Canada et Statistique Canada; b) des données d'utilisation des services de santé, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé; c) des publications scientifiques; d) des données sur l'utilisation provenant de divers organismes de soins de santé; et e) les données générées par l'instrument d'évaluation des bénéficiaires de soins à domicile, ou IEB-SD (*Resident Assessment Instrument-Home Care* ou RAI-HC), du projet d'informatique de la santé (IEB-PIS) financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (projet no ON421) ainsi que par le gouvernement du Manitoba dans le cadre du projet pilote de mise en œuvre de l'IEB-SD.

L'IEB-SD permet d'évaluer en détail les besoins des personnes âgées et des adultes ayant une incapacité ainsi que les services qu'ils ont reçus. Les évaluations ont été effectuées par des cliniciens qualifiés et les recherches antérieures ont démontré la fiabilité et la validité des données générées par l'IEB-SD (Morris et al. 1997). Les données relatives aux services cliniques

et à l'utilisation des services ont servi à construire des groupes représentant les clients anticipés des quatre types de services à domicile de base recommandés (soins de réadaptation en phase post-aiguë, soins médicaux en phase post-aiguë, soins palliatifs et gestion du comportement). De plus, les données sur les services officiels reçus au cours des sept jours précédents ont été combinées aux données sur les taux de facturation spécifique à chaque spécialisation du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo (Ontario) pour estimer les coûts quotidiens de facturation pondérés par type de client. Cette information sur les coûts pouvait alors être mise en relation avec les prévisions démographiques et les jours de service prévus pour estimer les coûts globaux des services recommandés.

Dans les données générées par l'IEB-PIS et celles du Manitoba, les aînés bénéficiant de soins à domicile pendant une période prolongée sont quelque peu surreprésentés. Par exemple, Santé Canada (2001) rapporte qu'environ 73 % des dépenses de soins à domicile sont consacrées à des personnes âgées de 65 ans et plus, mais que 83 % de l'échantillon dont ont été tirées les données IEB-SD avaient 65 ans ou moins. On s'attend à ce que cette légère distorsion se traduise par une surestimation des coûts des soins à domicile, puisque ces personnes ont généralement des besoins plus complexes et bénéficient probablement de moins de services informels. Les données du Manitoba et de l'Ontario sont combinées, mais il convient de noter que les estimations de la prévalence pour ces groupes sont plus faibles au Manitoba qu'en Ontario. En outre, les clients n'ayant reçu aucun service au cours de la semaine précédente et ceux qui bénéficient du service depuis moins d'une journée ont été exclus de l'analyse. Les taux quotidiens des coûts ont été calculés à l'aide des habitudes d'utilisation hebdomadaire du service ou des services depuis l'admission aux soins à domicile si le service a duré moins de sept jours. On a attribué aux valeurs aberrantes concernant certains services des valeurs manquantes pour cette variable. Ces données ne comprennent *pas* les menues dépenses assumées par les clients des services à domicile, mais peuvent inclure les frais liés à quelques services payants privés.

ESTIMATION SYNTHÉTIQUE DES COÛTS PAR TYPE DE SERVICE

Le nombre de cas ayant bénéficié de chaque type de service a été estimé selon l'une des trois façons suivantes. La première consistait à multiplier le nombre de Canadiens âgés par un chiffre correspondant à la proportion anticipée d'individus nécessitant des soins hospitaliers aigus afin d'estimer le dénominateur se rapportant aux deux services à assurer en phase post-aigue (soins médicaux et réadaptation). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS 2001) a transmis les taux d'hospitalisation selon l'âge pour la période allant de 1994-1995 à 1998-1999 visant les personnes de 45 à 64 ans et de 65 à 74 ans. La valeur médiane de ces derniers taux (29 %) a servi à estimer le nombre global des cas nécessitant des soins en phase post-aigue. Cela aura pour effet de surestimer le nombre d'hospitalisations de personnes plus jeunes et de sous-estimer le nombre d'hospitalisations des personnes plus âgées. Quoi qu'il en soit, il importe aussi de souligner que les taux d'hospitalisation sont à la baisse, ce qui signifie que cette approche risque fort de sous-estimer, à long terme, le nombre de cas bénéficiant de soins en phase post-aigue. La seconde approche a consisté à utiliser le nombre de décès dûs au cancer rapporté par l'Institut national du

cancer du Canada (INCC 1999) comme point de départ pour estimer le nombre de bénéficiaires de soins palliatifs. La troisième approche a été de combiner les estimations de Santé Canada (MacAdam 1999) du nombre de bénéficiaires de soins à domicile (840 000) aux taux de prévalence et d'incidence des cas de comportement agressif obtenus au moyen de l'IEB-PIS. Les estimations spécifiques sont décrites ci-dessous. Le tableau G.1 donne les estimations pour chacun des groupes et le tableau G.2 expose une méthodologie plus détaillée se rapportant au groupe de gestion du comportement.

Gestion de cas et gestion du comportement : Soins de santé mentale à domicile

Les bénéficiaires de services de soins à domicile qui nécessitent des interventions spéciales en vue de gérer leur comportement dangereux ou affligeant pour les autres diffèrent des trois premiers groupes de clients du fait que les soins à domicile qui leur sont prodigués s'étendent généralement sur une plus longue période (deux années en moyenne selon les données de l'IEB-SD). Par conséquent, du fait de l'utilisation prolongée du service, les coûts afférents à ce groupe seront plus élevés. Par ailleurs, des travaux récents effectués par l'IEB-PIS suggèrent que ce groupe est particulièrement susceptible d'être admis dans des foyers de soins infirmiers ou des hôpitaux psychiatriques, ce qui augmenterait sensiblement les coûts du système de santé.

Les données de l'IEB-SD ont permis d'identifier les bénéficiaires de soins à domicile qui affichent l'un ou l'autre des comportements agressifs suivants : a) violence verbale, b) violence physique, ou c) refus des soins. La prévalence ponctuelle de ces comportements agressifs observés dans les soins à domicile a été estimée à 4,9 %, ce qui représente 41 160 cas. Cependant, 18,7 % de ces bénéficiaires meurent ou n'ont plus besoin de soins à domicile (typique des soins de longue durée) dans les 90 jours. De plus, pour environ le cinquième des 81,3 % restant, l'état de santé s'améliore avec le temps et certains en viennent à ne plus afficher un comportement agressif. Par ailleurs, quelque 2 % des clients qui ne sont pas agressifs au départ présentent un comportement agressif après 90 jours. Par conséquent, en moins d'un trimestre, on peut s'attendre à 57 137 cas de comportement agressif chez les bénéficiaires des soins à domicile. Comme tous ces individus ne nécessitent pas des services de gestion du comportement durant tout le trimestre, les groupes dont l'état a changé se sont vu attribuer la valeur médiane de 45 jours de service. À l'aide des données issues de l'IEB-SD, le coût quotidien moyen des soins à domicile pour ce groupe a été estimé à 35,15 $ (écart type — 69,22 $). La distribution des coûts est fortement asymétrique, le coût médian s'élevant à 18,16 $. Cependant, l'approche consiste ici, et pour les services subséquents, à opter pour *surestimer* les coûts en se servant de la valeur médiane.

Les coûts trimestriels ont été quadruplés pour obtenir un coût annuel estimatif de 527 917 167 $. Néanmoins, une période additionnelle de dix jours par année de soins exigeant beaucoup de ressources (double du coût quotidien estimatif) est allouée à chaque cas pour aider les équipes spécialisées en gestion du comportement dans leurs interventions. Le coût annuel total de la gestion du comportement dans le cadre des soins à domicile est donc estimé à 568 084 478 $.

Soins de réadaptation en phase post-aiguë

Les experts que l'équipe de recherche a consultés ont indiqué qu'environ 15 % des personnes âgées recevant des soins aigus aux États-Unis bénéficient par la suite de soins de réadaptation à domicile (Knight Steel, exposé personnel). Les données sur les bénéficiaires de soins aigus en établissement ayant pris part à l'étude IEB-PIS ont révélé que, des patients âgés de 75 ans et plus, 8 % allaient probablement recevoir des services d'ergothérapie et 14 % des services de physiothérapie au moment de quitter l'établissement. L'estimation recommandée par les experts de 15 % des patients aux soins aigus bénéficiant de soins de réadaptation a été utilisée pour ce calcul, ce qui a donné 167 471 cas. Par ailleurs, on pourrait raisonnablement avancer qu'il y a un besoin considérable de réadaptation qui pourrait être mieux addressé grâce à un meilleur accès aux thérapies. Pour ce groupe, la Commission a recommandé 28 jours de service. À l'aide des données de l'IEB-SD visant tous les bénéficiaires de soins à domicile qui avaient été hospitalisés au cours des 14 jours précédents et qui recevaient aussi des soins de physiothérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie, le coût quotidien médian des soins à domicile a été estimé à 43,63 $ (écart type – 70,94 $). Le coût médian pour ce groupe a été établi à 27,63 $. Le coût annuel total des soins de réadaptation en phase post-aigue à domicile est par conséquent estimé à 204 588 685 $.

Soins médicaux en phase post-aiguë

Selon la Health Services Utilization Research Commission (1998), quelque 24 % des bénéficiaires ayant reçu des soins aigus en milieu hospitalier visés par l'étude sur les soins hospitaliers et à domicile ont reçu des soins à domicile en phase post-aigue. Ce taux a été multiplié par les 29 % de la population âgée (3 849 897) pour représenter 267 953 cas. La Commission a recommandé 14 jours de service pour ce groupe. À l'aide des données de l'IEB-SD sur tous les bénéficiaires de soins à domicile qui avaient été hospitalisés au cours des 14 jours précédents, le coût quotidien médian des soins de santé à domicile a été estimé à 31,39 $ (écart type — 58,76 $) et le coût médian à 15,35 $. Le coût annuel total des soins médicaux en phase post-aigue dispensés à domicile est par conséquent estimé à 117 754 551 $.

Soins palliatifs

Selon l'INCC (1998), le cancer a causé la mort de 63 400 personnes au Canada en 1998. Ces personnes auraient probablement toutes été admissibles à des soins palliatifs. Cependant, il importe de veiller à ce que les soins palliatifs soient aussi offerts à d'autres bénéficiaires en phase terminale, (p. ex. les personnes qui souffrent de défaillance rénale, d'insuffisance cardiaque congestive, de bronchopneumopathie chronique obstructive, de SLA, du SIDA). Aussi le nombre de cas a-t-il été haussé de 20 % pour permettre l'intégration de ces autres groupes. Il est vrai par ailleurs que tous les bénéficiaires ne souhaitent pas recevoir des soins en fin de vie et que quelques décès se produisent plus rapidement qu'on ne l'avait prévu avant le début de la prestation des soins palliatifs. Par conséquent, on a appliqué un taux de participation estimant de deux tiers pour identifier 50 974 cas. La durée moyenne de la participation à des programmes de soins palliatifs varie considérablement, en partie en raison des écarts entre les critères d'admissibilité. Le programme de soins palliatifs d'Edmonton enregistre pour les séjours en

établissement une durée moyenne de 21 jours (Edmonton Palliative Care Program 2002). Par contraste, le District de Columbia estime entre 35 et 40 jours la durée moyenne des soins palliatifs à domicile aux États-Unis (DC 2002). La Commission a recommandé pour ce groupe de la population une moyenne de 30 jours de service. Les données issues de l'IEB-SD ont servi à identifier tous les bénéficiaires de soins à domicile qui sont décédés *et* qui remplissaient l'un ou l'autre de ces critères : a) le bénéficiaire recevait des soins palliatifs; b) le bénéficiaire recevait des services en hospice ou des soins palliatifs; c) le bénéficiaire était en phase terminale et n'avait que six mois ou moins à vivre. Le coût quotidien moyen des soins à domicile dispensés à ce groupe s'élevait à 58,40 $ (écart type — 101,82 $) et le coût médian à 25,21 $. Le coût annuel total des soins palliatifs à domicile est par conséquent estimé à 89 305 747 $.

CONCLUSIONS

Les estimations fournies ici sont fondées sur les modes de pratique en cours au Canada en ce qui concerne les services de base en question. Cela dit, le coût total des quatre services que la Commission a recommandé de considérer comme des services à domicile de base s'élève à 979 733 461 $.

Tableau G.1
Estimations du coût des services de soins à domicile recommandés par la Commission

Population canadienne (tous les groupes d'âge)	30 750 087	
Population canadienne (65 ans et plus)	3 849 897	
Nombre de bénéficiaires de soins à domicile	840 000	
Taux d'hospitalisation (65 ans et plus)	29 %	
Gestion de cas et modification du comportement		
Prévalence ponctuelle des bénéficiaires de soins à domicile affichant un comportement agressif	4,9 %	
Taux d'incidence des cas de comportement agressif chez les bénéficiaires de soins à domicile	2 %	
Nombre de cas	57 137	
Nombre de jours de soins ordinaires	Jusqu'à 365	
Coût quotidien moyen (soins ordinaires)	35,15 $	
Coût annuel (soins ordinaires)	527 917 167 $	
Jours de soins intensifs axés sur la modification du comportement	10	
Coût quotidien moyen (soins intensifs axés sur la modification intensive du comportement	70,30 $	
Coût annuel (soins intensifs axés sur la modification du comportement)	40 167 311 $	
Coût annuel (soins ordinaires et soins axés sur la modification du comportement)		568 084 478 $
Soins de réadaptation en phase post aigüe		
Patients en soins aigus bénéficiant de soins de réadaptation à domicile	15 %	
Nombre de cas	167 471	
Jours de soins de réadaptation	28	
Coût moyen par jour	43,63 $	
Coût annuel		204 588 685 $
Soins médicaux en phase post aigüe		
Patients en soins aigus bénéficiant de soins à domicile post-actifs	24 %	
Nombre de cas	267 953	
Jours de soins médicaux	14	
Coût moyen par jour	31,39 $	
Coût annuel		117 754 551 $
Soins palliatifs		
Décès attribuables au cancer	63 400	
Autres maladies nécessitant des soins palliatifs	12 680	
Participation prévue aux services de soins palliatifs	67 %	
Nombre de cas	50 974	
Jours de soins palliatifs	30	
Coût moyen par jour	58,40 $	
Coût annuel		89 305 747 $
COÛT TOTAL		**979 733 461 $**

Tableau G.2
Estimation des coûts[1] des soins ordinaires axés sur la gestion du comportement

			Coût - Cas présentant un comportement agressif			Coût - Cas ne présentant pas un comportement agressif		
	%	N	Jours	Coût trimestriel	Coût pour l'ensemble des cas affichant un comportement agressif	Jours	Coût trimestriel	Coût pour l'ensemble des cas n'affichant pas un comportement agressif
Nombre de bénéficiaires de soins à domicile		840 000						
Prévalence des cas de comportement agressif	4,90	41 160						
Bénéficiaires de soins axés sur le comportement se retirant des soins à domicile (p. ex. décès, toutes autres raisons)	18,70	7 697	45	1 581,75 $	12 174 603 $			
Bénéficiaires de soins axés sur le comportement recevant encore des services après 90 jours	81,30	33 463						
– Bénéficiaires de soins axés sur le comportement recevant encore des services après 90 jours et dont le comportement s'est amélioré	21,40	7 161	45	1 581,75 $	11 327 069 $	45	1 180,80 $	8 455 826 $
– Bénéficiaires de soins axés sur le comportement recevant encore des services après 90 jours et dont le comportement ne s'est pas amélioré	78,60	26 302	90	3 163,50 $	83 206 317 $			
Bénéficiaires n'affichant pas de comportement agressif au départ	95,10	798 840						
– Bénéficiaires n'affichant pas de comportement agressif au départ mais manifestant de l'agressivité après 90 jours	2,00	15 977	45	1 581,75 $	25 271 303 $	45	1 180,80 $	18 865 405 $
Total pour un trimestre		57 137			**131 979 292 $**			**27 321 231 $**
Total pour une année					**527 917 167 $**			**109 284 925 $**

[1] En supposant un coût par jour de 35,15 $ pour ceux affichant un comportement agressif et de 26,24 $ pour ceux n'affichant pas un comportement agressif.

REMERCIEMENTS

Tout au long de la rédaction du présent rapport, un grand nombre de personnes m'ont épaulé et m'ont prodigué leurs conseils. Je tiens tout particulièrement à remercier de leur aide les personnes suivantes :

Julia Abelson, Keith Banting, Monique Bégin, Nick Black, Allan E. Blakeney, Robin Boadway, Patrick Cummings, Jack Davis, Michael Decter, Gérard de Pouvourville, Charles Doran, Robert G. Evans, Colleen Flood, Ken Fyke, Christopher Ham, John Hobbs, Brian Hutchison, John Hirdes, Alejandro R. Jadad, A.W. Johnson, David Kelley, Harvey Lazar, Pascale Lehoux, Jonathan Lomas, Paul McDonald, Ian McKillop, Dale McMurchy, Jack Mintz, Steven Morgan, Tom Noseworthy, Raymond Pong, Michael Rachlis, John G. Richards, France St-Hilaire, Samuel E.D. Shortt, Duncan Sinclair, Ingrid Sketris, Jim Stanford, Terry Sullivan, Susan Tett, Brian Topp, Charles Webster, Durhane Wong-Rieger et David Zussman.

Je souhaite en outre exprimer ma reconnaissance aux agents de liaison des provinces et territoires. Ces personnes, nommées par les premiers ministres, étaient chargées de faciliter l'échange d'information entre la Commission et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Je veux aussi remercier de leur appui le Centre manitobain des politiques en matière de santé, le ministère fédéral de la Santé et les ministères de la Santé de la Saskatchewan et du Manitoba.

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET CARTES

FIGURES

1.1 Espérance de vie (en années) selon le sexe, à la naissance et à 60 ans, Canada, certaines années 12

1.2 Espérance de vie (en années) à la naissance dans les pays de l'OCDE, 1999 12

1.3 Années potentielles de vies perdues (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998 12

1.4 Espérance de vie sans incapacité (en années) à la naissance, dans les pays de l'OCDE, 1999 12

1.5 Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes), Canada 1960 à 2000 13

1.6 Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes) dans les pays de l'OCDE, 2000 13

1.7 Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances vivantes), Canada et États-Unis, 1960 à 1998. 13

1.8 Mortalité périnatale (taux pour 1 000 naissances vivantes) dans les pays de l'OCDE, 1998 13

1.9 Années potentielles de vie perdues : néoplasmes malins (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998. 15

1.10 Années potentielles de vie perdues : maladies de l'appareil respiratoire (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998. 15

1.11 Années potentielles de vie perdues : maladies cérébrovasculaires (années perdues pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998. 15

1.12 Années potentielles de vie perdues: cardiopathies ischémiques (années perdues pour 1o0 000 habitants) dans les pays de l'OCDE, 1998. 15

1.13 Espérance de vie à la naissance, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996. 17

1.14 Pourcentage de la population affirmant que certains de ses besoins en santé ne sont pas satisfaits, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001. 20

1.15 État de santé « excellent » et « très bon » déclaré par les répondants, selon la province ou le territoire et au Canada, 2000-2001 20
1.16 Projections démographiques pour le Canada, pourcentage de la population âgé de 60 ans et plus, 2001 à 2051 22
1.17 Dépenses de santé totales, selon la source de financement, 1999 24
1.18 Part du secteur public dans les dépenses de santé totales, selon que les fonds proviennent des impôts ou de la sécurité sociale, dans les pays de l'OCDE 1998 25
1.19 Part des dépenses personnelles dans les dépenses de santé totales, dans les pays de l'OCDE, 1998 26
1.20 Part des dépenses de santé totales assumée par le secteur public, 2000. 27
1.21 Dépenses de santé totales par habitant (parité du pouvoir d'achat en US$). 33
1.22 Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2000 33
1.23 Dépenses de santé publique par habitant (parité du pouvoir d'achat en US$), 2000. 33
1.24 Dépenses de santé publique en pourcentage du PIB, 2000 33
1.25 Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, Canada, États-Unis et pays de l'OCDE, 1970 à 2000. 34
1.26 Dépenses publiques en pourcentage du PIB, Canada, États-Unis et pays de l'OCDE, 1970 à 2000. 34
1.27 Dépenses de santé totales, dépenses provinciales-territoriales et dépenses au titre des services prévus dans la LCS, par habitant (en dollars constants de 1997), 1975 à 2001 35
1.28 Taux de changement annuel moyen dans les dépenses provinciales-territoriales par habitant au titre des services prévus dans la LCS et des autres services de 1976 à 2001 (en dollars constants de 1997) 35
1.29 Répartition des dépenses provinciales-territoriales entre les services prévus dans la LCS et les services autres que les services assurés, 1975. 36
1.30 Répartition des dépenses provinciales-territoriales entre les services prévus dans la LCS et les services autres que les services assurés, 2001 (prévisions). 36
1.31 Rapport entre le taux de croissance annuel des dépenses de santé par habitant et le taux de croissance annuel du PIB au Canada, 1960 à 1964 à 1995 à 2000 40
1.32 Dépenses de santé provinciales-territoriales par habitant (en dollars constants de 1997), 1975 à 2001 41
1.33 Dépenses de santé provinciales-territoriales en pourcentage des dépenses de programmes, 1975 à 2001 41
1.34 Rapport entre les dépenses de santé totales et la croissance économique dans les pays de l'OCDE (PPASUS), 2000. 43

2.1 Contribution fédérale aux dépenses provinciales et territoriales pour les services hospitaliers et médicaux, 1974-1975 à 2001-2002 71

2.2 Contribution fédérale aux dépenses provinciales et territoriales totales en santé, 1968-1969 à 2005-2006 72

3.1 Répartition des dépenses de recherche et de développement en santé au Canada (en millions de dollars), par source des fonds, 1998 à 2001 95

4.1 Nombre total d'infirmières au Canada, pour 100 000 habitants, entre 1980 et 2001 103

4.2 Nombre d'infirmières pour 100 000 habitants, par province, 2001 104

4.3 Nombre total de médecins généralistes / de médecins de famille et de spécialistes pour 100 000 habitants, entre 1980 et 2001 106

4.4 Nombre de médecins généralistes / de médecins de famille pour 100 000 habitants par province, 1980 et 2001 108

4.5 Médecins canadiens partis à l'étranger et rentrés au pays entre 1996 et 2001 112

6.1 Appareils de technologies de l'imagerie, par million d'habitants, pour certains pays de l'OCDE, 1999 155

6.2 Appareils de technologies de l'imagerie, par 100 000 habitants, dans les provinces et dans le Canada, 2001 156

7.1 Chiffres de population (en milliers) pour le Canada, les provinces et les territoires et division de recensement en régions urbaines et régions rurales, recensement de 2001 – données intégrales 176

8.1 Distribution en pourcentage des dépenses liées aux soins à domicile par source de financement, 2000-2001 191

8.2 Dépenses provinciales-territoriales liées aux soins à domicile en tant que pourcentage des dépenses provinciales-territoriales totales liées à la santé, 2000-2001 191

8.3 Dépenses provinciales-territoriales liées aux hôpitaux et aux soins à domicile (en millions de dollars), 1980-1981 à 2000-2001 192

8.4 Admissions à l'hôpital et aux soins aigus, normalisées selon l'âge (nombre par 100 000 personnes), Canada, 1994 à 1999 198

8.5 Admissions à l'hôpital et aux soins aigus : séjour moyen, 65 ans et plus, Canada, 1994 à 1999 198

9.1 Couverture des dépenses de médicaments d'ordonnance selon la source de financement, 1999 213
9.2 Dépenses de médicaments d'ordonnance en proportion des dépenses totales de santé, 1980 215
9.3 Dépenses de médicaments d'ordonnance en proportion des dépenses totales de santé, 2001 215
9.4 Ventes (en milliards de $) des fabricants de médicaments brevetés et non brevetés, de 1990 à 2001 230

10.1 Dépenses annuelles de la SSNA par service (millions $), 1991-1992 239
10.2 Dépenses annuelles de la SSNA par service (millions $), 1995-1996 239
10.3 Dépenses annuelles de la SSNA par service (millions $), 2000-2001 240
10.4 Espérance de vie à la naissance, population des Indiens inscrits, 2000 241
10.5 Espérance de vie à la naissance, Autochtones et population canadienne, 1991 242
10.6 Prévisions démographiques pour la population autochtone du Canada, par groupe d'âge (milliers), de 2001 à 2016 242
10.7 Incidence du diabète dans la population des Premières nations et au Canada, par groupe d'âge, 1991 243

TABLEAUX

1.1 Dépenses annuelles moyennes par habitant, selon l'âge et le secteur, 2000-2001 22
1.2 Dépenses de santé assumées par le secteur privé, selon la source de financement et l'utilisation des fonds, Canada, 1999 25
1.3 Réductions des transferts fédéraux en vertu de la Loi canadienne sur la santé (en milliers de $) 38

2.1 Formule d'allocation pour le plancher en espèces du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert social canadien 74
2.2 Estimés des TCSPS et financement supplémentaire requis pour le Transfert canadien en matière de santé 76
2.3 Financement provisoire unique en vue de la mise en place du Transfert canadien en matière de santé (en milliards de $) 78

4.1 Pourcentage de variation du nombre de certains professionnels de la santé (nombre pour 100 000 habitants), entre 1991 et 2000 101
4.2 Répartition des diplômés en médecine de l'étranger, par province, en 2001 113
4.3 Responsabilités en matière de politique et de planification dans l'ensemble du Canada 123

7.1 État de santé des populations des régions sanitaires à prédominance urbaine, des régions intermédiaires ou des régions à prédominance rurale au Canada, 1996 178

9.1 Utilisation des ordonnances, 2001 210

9.2 Augmentation des dépenses pour six catégories de produits pharmaceutiques inscrits dans le programme d'assurance-médicaments du Québec, de 1997 à 2000 211

10.1 Santé des Premières nations et des Inuits — Paiements de transfert — 2001-2002 236

10.2 Programmes auxquels ont accès Autochtones du Canada, 1999-2000 238

10.3 Transferts fédéraux aux gouvernements territoriaux 246

CARTES

1.1 Établissements pour soins aigus au Canada, 1999-2000 18

1.2 Hospitalisations pour fracture de la hanche par région sanitaire, 1999-2000 19

1.3 Affections sensibles aux soins ambulatoires par région sanitaire, 1999-2000 21

4.1 Taux brut de médecins généralistes/médecins de famille par région sanitaire, 1999 107

4.2 Taux brut des médecins spécialistes par région sanitaire, 1999 109

5.1 Usage du tabac (anciens fumeurs) par région sanitaire, 2000-2001 145

5.2 Usage du tabac (fumeurs actuels) par région sanitaire, 2000-2001 146

5.3 Activité physique pendant les loisirs par région sanitaire, 2000-2001 147

6.1 Scanners dans les hôpitaux canadiens, 2001 156

6.2 Receveurs, transplantations cardiaques, par province de traitement, 1996 à 1999 162

6.3 Receveurs, transplantations du foie, par province de traitement, 1996 à 1999 163

6.4 Receveurs, transplantations d'un ou des deux poumons, par province de traitement, 1996-1999 164

BIBLIOGRAPHIE

Aba, S., W.D. Goodman et J. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System. C.D. Howe Institute Commentary 163.* Toronto, Institut C.D. Howe.

Aba, S., et J. Mintz. 2002. Should Public Health Care Benefits be Included as Part of Taxable Income? Document présenté le 24 mai à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, lors de la table ronde sur les options en matière de financement. Toronto, Institut C.D. Howe.

Abelson, J., et J. Eyles. 2002. Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Abelson, J., et B. Hutchison. 1994. Primary Health Care Models: A Review of the International Literature. Hamilton, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Working Paper 94-15.

ACSSC (Association canadienne de soins et services communautaires). 2001. Témoin aux délibérations du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, le 17 mai (fascicule n° 14), Ottawa, Ontario.

Adams, A.S., S. B. Soumerai, et D. Ross-Degnan. 2001. The Case for a Medicare Drug Coverage Benefit: A Critical Review of the Empirical Evidence. *Annual Review of Public Health* 22, 49-61.

Adams, D., ed. 2001. *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada.* Montréal, McGill-Queen's University Press.

Afilalo, M. 2001. *Impact d'un coordonnateur des congés au département d'urgence sur le succès du congé des patients âgés.* Ottawa, Santé Canada.

AFMC (Association des facultés de médecine du Canada). 2002. Canadian Faculties of Medicine. Some Examples of Rural Educational Initiatives. Inédit.

_____. 2001. *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada.* Ottawa, Association des facultés de médecine du Canada.

AHABC (Aboriginal Health Association of B.C.) 1999. *The Aboriginal Health Association of BC Aboriginal Health Handbook. Common-Unity: A Value, a Method and End.* Vancouver, Aboriginal Health Association of B.C.

Ahenakew, D., et S. Sanderson. 2001. Sovereignty and Treaty Relations Between First Nations and Canada. Document présenté à First Nations Health: Our Voice, Our Decisions, Our Responsibility. Du 25 au 27 février, Assemblée des Premières Nations, Ottawa, Ontario.

AIIC (Association des infirmières et infirmiers du Canada). 2001. Mémoire intitulé « Pour optimiser la santé du système de santé », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

AINC 2002. Voir Canada. Affaires indiennes et du Nord. 2002.

Alberta. 2001. *A Framework for Reform. Rapport du comité consultatif sur la santé du premier ministre.* [D. Mazankowski, président]. Edmonton, Comité consultatif sur la santé du premier ministre de l'Alberta.

Alter, D.A., C.D., Naylor, P. Austin et J.V. Tu. 1999. Effects of Socio-Economic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality After Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* 341(18), 1359-1367.

AMA (Alberta Medical Association). 2001. *Alberta Doctors Overwhelmingly Approve Agreement with Alberta Health*. Communiqué, 27 février.

AMC (Association médicale canadienne). 2002. Mémoire intitulé « Ordonnance pour la viabilité », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2001. Mémoire intitulé « Poser le bon diagnostic : Vers un avenir viable pour les politiques de santé au Canada », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

APIRO (Association professionnelle des internes et résidents de l'Ontario). 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Toronto, le 30 mai, Toronto, Ontario.

APN (Assemblée des Premières Nations). 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Ottawa, le 4 avril, Ottawa, Ontario.

APNQL (Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador). 2000. Mémoire intitulé « Organisation et financement des services de santé et des services sociaux. Commentaires et recommandations des Premières Nations du Québec », présenté à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Wendake, Québec.

_____. 1999. *Proposition de politique de santé. Un mandat pour les services sociaux et de santé des Premières Nations*. Wendake, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Applied Management in association with Fraser Group, Tristat Resources. 2000a. Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines: Executive Summary. Étude inédite présentée à Santé Canada.

_____. 2000b. Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines. Volume 1. Range and Extent of Coverage. Étude inédite présentée à Santé Canada.

Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Winnipeg, le 6 mars, Winnipeg, Manitoba.

Association canadienne de santé publique. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Ottawa, le 4 avril, Ottawa, Ontario.

_____. 2001. Mémoire intitulé « Création de conditions propices à la santé », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association canadienne des médecins d'urgence. 2001. Mémoire intitulé « Emergency Medicine: Change and Challenge », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association canadienne de soins et services à domicile. 2001. Mémoire intitulé « Formal Submission from the Canadian Home Care Association », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association canadienne de soins et services communautaires et l'Association canadienne de soins et services à domicile. 2001. Mémoire intitulé « Sustaining Canada's Health Care System: The Role of Home and Community Care », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association canadienne des soins palliatifs. 2001. Mémoire intitulé « Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association canadienne-française de l'Alberta. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Calgary, le 30 avril, Calgary, Alberta.

Association canadienne pour la santé mentale. 2001. Mémoire intitulé « Mémoire de l'Association canadienne pour la santé mentale », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association des pharmaciens du Canada. 2002. Mémoire intitulé « Presentation to the Commission on the Future of Health Care in Canada », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Association des régions du Québec. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Québec, le 25 mars, Québec, Québec.

Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Québec, le 25 mars, Québec, Québec.

Australie. 1999. *Healthy Horizons: A Framework for Improving the Health of Rural, Regional and Remote Australians, 1999-2003.* A Joint Development of the National Rural Health Policy Forum and the National Rural Health Alliance for the Australian Health Ministers' Conference.

Banting, K., et R. Boadway. 2002. Dimensions of Choice: The Role of the Federal Government in Health Care. Document de référence. Kingston, Institute of Intergovernmental Relations.

Barer, M., V. Bhatia, G.L. Stoddart, et R.G. Evans. 1993. *The Remarkable Tenacity of User Charges: A Concise History of the Participation, Positions, and Rationales of Canadian Interest Groups in the Debate over "Direct Patient Participation" in Health Care Financing.* Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Barer, M., R.G. Evans, C. Hertzman et J. Lomas 1979. Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion? Toronto, Conseil économique de l'Ontario, Document hors série n° 10.

Barer, M.L., et S. Lewis. 2000. Waiting for Health Care in Canada: Problems and Prospects. Document préparé pour l'Atkinson Foundation.

Barer, M.L., et G.L. Stoddart. 1999. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited.* Document de travail préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial territorial sur les ressources humaines en santé. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Barer, M.L., L. Wood, et D.G. Schneider. 1999. *Toward Improved Access to Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited.* Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Barr, M.D. 2001. Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(4), 709-726.

Battista, R.N., D.H. Feeney, et M.J. Hodge. 1995. Evaluation of the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 11(1), 102-116.

BC Aboriginal Network on Disability Society. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Victoria, le 14 mars, Victoria, Colombie-Britannique.

BCMA (British Columbia Medical Association). 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Vancouver, le 12 mars, Vancouver, Colombie-Britannique.

Berwick, D.M. 2002. A User's Manual for the IOM's "Quality Chasm" Report. *Health Affairs* 21(3), 80-90.

Billings, J., G.M. Anderson, et L.S. Newman. 1996. Recent Findings on Preventable Hospitalizations. *Health Affairs* 15(3), 239-49.

Birkett, D.J., A.S. Mitchell, et P. McManus. 2001. A Cost-Effectiveness Approach to Drug Subsidy and Pricing in Australia. *Health Affairs* 20(3), 104-114.

Birmingham, C.L., J.L. Muller, A. Palepu, J.J. Spinelli, et A.H. Anis. 1999. The Cost of Obesity in Canada. *JAMC* 160 (4), 483-488.

Blendon, R.J., C. Shoen, C.M. DesRoches, R. Osborn, K.L. Scoles, et K. Zapert. 2002. Inequities in Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs* 21(3), 182-191.

Blouin, C., J. Foster, et R. Labonte. 2002. Canada's Foreign Policy and Health: Towards Policy Coherence. Document de référence. Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives.

Bowmer, I. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. St. John's, audience publique tenue à St. John's, le 15 avril 2002, St. John's, Terre-Neuve.

Boychuk, G.W. 2002. L'évolution de l'environnement politique et économique des soins de santé au Canada. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Braden, J.J., et K. Beauregard. 1994. *Health Status and Access to Care of Rural and Urban Populations*. U.S. Department of Health and Human Services (AHCPR Pub. No. 94-0031).

Braën, A. 2002. La santé et le partage des compétences au Canada. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Brown, A.D., M.J. Goldacre, N. Hicks, J.T. Rourke, R.Y. McMurtry, J.D. Brown, et G.M. Anderson. 2001. Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions: A Method for Comparative Access and Quality Studies Using Routinely Collected Statistics. *Revue canadienne de santé publique* 92(2), 155-159.

Brown, D.E. 2000. *An Overview of Evolution of the Health Service Delivery Arrangements in the North*. Ottawa, NelliganPower LLP.

Brown, M.G., T. J. Murray, I.S. Sketris, J.D. Fisk, J.C. LeBlanc, C.E. Schwartz, et C. Skedgel. 2000. Cost-Effectiveness of Interferon Beta-1b in Slowing Multiple Sclerosis Disability Progression. First Estimates. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 16(3), 751-767.

Canada. 2000. *Document d'information. Aide fédérale dans le domaine de la santé au Canada*. Ottawa. Gouvernement du Canada.

_____. 1997. *Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada : Rapport final*. [Juge H. Krever, commissaire]. Ottawa, Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada.

_____. 1996. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Volumes 1-5*. [R. Dussault, et G. Erasmus, Coprésidents]. Ottawa, Commission royale sur les peuples autochtones.

_____. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. [Rapport Lalonde]. Ottawa. 1974.

_____. 1964. *Commission royale d'enquête sur les services de santé, Volumes 1 et 2*. [E. Hall, président]. Ottawa, Commission royale d'enquête sur les services de santé.

Canada. Affaires indiennes et du Nord. 2002. *Données ministérielles de base — 2001*. Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada.

Canada. Bureau du vérificateur général du Canada. 2000. Santé Canada — La santé des Premières nations : suivi. Dans *Rapport du vérificateur général du Canada*. Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, chapitre 15.

_____. 1997. Santé Canada — La santé des Premières nations. Dans *Rapport du vérificateur général du Canada*. Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, chapitre 13.

Canada. Industrie Canada. 2001. *Le nouveau rêve national — réseautage du pays pour l'accès aux services à large bande. Rapport du Groupe de travail national sur les services à large bande*. Ottawa, Groupe de travail national sur les services à large bande.

Canada. Ministère de la Justice. 1994. *Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon*. Chapitre 35. Ottawa, Ministère de la Justice Canada.

Canada. Ministère des Finances. 2002a. *L'équilibre budgétaire au Canada : Les faits*. Ottawa, Ministère des Finances.

_____. 2002b. *Principaux transferts fédéraux aux provinces et aux territoires*. Ottawa, Ministère des Finances.

_____. 2002c. Données statistiques inédites compilées pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale.

Canada. Santé et Bien-être social Canada. 1992. *L'évaluation des médicaments : un travail de concertation*. [D. Gagnon, président]. Ottawa, Étude du système canadien d'approbation des médicaments.

_____. 1991. *Plan, établissement d'un programme national de surveillance pharmaceutique après commercialisation*. [J.N. Hlynka, président]. Ottawa, Bureau de la surveillance des médicaments.

_____. 1986. *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

_____. 1979. *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1960-1975.* Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

_____. 1974. *La politique du gouvernement fédéral concernant les services de santé aux Indiens.* Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

_____. 1972. Centre de soins communautaires au Canada : rapport de l'étude sur les centres de soins communautaires présenté à la Conférence des ministres de la Santé. [J.E.F. Hastings, président]. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Canada. Secrétariat du Conseil du Trésor. 2002. *Budget des dépenses 2001-2002. Parties I et II. Plan de dépenses du gouvernement et Budget principal des dépenses.* Ottawa, Secrétariat du Conseil du Trésor.

Canada. Sénat 2002a. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire. Volume deux : Tendances actuelles et défis futurs.* [M.J.L. Kirby, président]. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie.

_____. 2002b. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire. Volume cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme - Partie I.* [M.J.L. Kirby, président]. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie.

_____. 2002c. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme.*[M.J.L. Kirby, président]. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie.

_____. 2001. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire. Volume quatre : Questions et options.* [M.J.L. Kirby, président]. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie.

_____. 2000. *Des soins de fin de vie de qualité: Chaque Canadien et Canadienne y a droit. Rapport final.* [S. Carstairs, présidente]. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, Sous-comité de mise à jour de « De la vie et de la mort ».

CAP (Conférence annuelle des premiers ministres provinciaux) 2001. Des soins de santé viables pour les Canadiens. Victoria, Colombie-Britannique. 1er au 3 août.

Carstairs 2000. Voir Canada. Sénat. 2000.

Castro, J.M., M.A. Anderson, K.S. Hanson, et L.B. Helms. 1998. Home Care Referral After Emergency Department Discharge. *Journal of Emergency Nursing* 24(2), 127-132.

CCDSS (Collège canadien des directeurs de services de santé). 2001. Mémoire intitulé « Une exhortation au leadership — Un appel à la précision, à l'uniformité et à la collaboration », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

CCPA (Centre canadien de politiques alternatives). 2002. Globalization and Health: Implications and Options for Health Care Reform. Rapport sommaire du projet de recherche sur la mondialisation et la santé, préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

CEPMB (Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés). 2002. *Rapport annuel 2001.* Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

_____. 2001. *Rapport annuel 2000.* Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

_____. 1998. *Variations annuelles de l'indice des prix des médicaments brevetés 1988-1997. Dixième rapport annuel.* Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

CES (Collège des Économistes de la Santé). 2001. Utilisation Fees Imposed to Public Health Care System Users in Europe. Compte rendu de l'atelier du 29 novembre organisé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Paris, Collège des Économistes de la Santé.

Chan, B. 2002. *Du surplus perçu à la pénurie perçue : évolution de la main-d'œuvre médicale.* Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

Clair 2001. Voir Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2001.

CMPS (Centre manitobain des politiques en matière de santé). 2002. Données inédites compilées pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Winnipeg, Centre manitobain des politiques en matière de santé.

Coalition des organismes d'aînés et d'aînées de l'Ontario. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Sudbury, le 11 avril, Sudbury, Ontario.

Colombie-Britannique. Minister of Health Planning. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Victoria, le 14 mars, Victoria, Colombie-Britannique

Colombie-Britannique. Ministry of Health Services. 2002. *Doctors To Receive 20.6% Increase, Arbitration Ended.* Communiqué, 5 mars.

Comité consultatif FPT sur la santé de la population. 2000. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne.* Ottawa, Santé Canada

Comité de santé des chefs des Premières nations. 2000. Transition Management Strategy. A New Way to First Nations Health. A Discussion Paper About the Future of First Nations Health Services. Vancouver, Comité de santé des chefs des Premières nations.

Commission. 2002a. *Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada.* Préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par J. Maxwell, K. Jackson et B. Legowski (Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques), S. Rosell et D. Yankelovich (Viewpoint Learning) avec la collaboration de P.-G. Forest et L. Lozowchuk (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada). Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Conference Board du Canada. 2002. *Fiscal Prospects for the Federal and Provincial/Territorial Governments: Economic Performance and Trends.* Ottawa, Conference Board du Canada.

_____. 2001. *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000-2020: Balancing Affordability and Sustainability.* Ottawa, Conference Board of Canada.

Congressional Budget Office 1991. Voir U.S. Congressional Budget Office. 1991.

Conseil canadien des chefs d'entreprise. 2002. Mémoire intitulé « Pour un soutien et une amélioration partagés des soins de santé offerts aux Canadiens », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Conseil canadien des organismes bénévoles en santé. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Ottawa, le 4 avril, Ottawa, Ontario.

Courchene, T. 2001. *A State of Minds: Toward a Human Capital Future for Canadians.* Montréal, Institut de recherche en politiques publiques.

Coyte, P. 2000. Home Care in Canada: Passing the Buck. *Canadian Journal of Nursing Research* 33(2), 11-25.

CQHA (Committee on Quality of Healthcare in America). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century.* Washington, DC, National Academy Press.

Cregan, P. 1999. Early Discharge After Major Breast Cancer Surgery. *Breast NEWS: Newsletter of the NHMRC National Breast Cancer Centre* 5(1).

Crémieux, P.-Y., P. Ouellette et C. Pilon. 1999. Health-Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics* 8, 627-639.

Critchley, W.D. 2002. Drug Patents and Drug Prices: The Role of the PMPRB. Notes for an Address to the Drug Patents Conference, 4 mars, Toronto, Ontario. Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

CRPA. 1996. Voir Canada. 1996.

Dallaire, C. et S. Normand. 2002. Les changements et quelques paradoxes : une réflexion sur le personnel du système de santé. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Davenport, T.H., et J. Glaser. 2002. Just-in-Time Delivery Comes to Knowledge Management. *Harvard Business Review* 80(7), 107-111.

Davis, K. 2002. The Danish Health System Through an American Lens. *Health Policy* 59(2), 119-132.

DC (District of Columbia). 2002. Community-State Partnerships to Improve End-of-Life Care Program. Kansas City, Midwest Bioethics Center.

Deber, R. 2002. La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée? Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Deber, R., L. Narine, P. Baranek, N. Sharpe, K.M. Duvalko, R. Zlotnik-Shaul, P. Coyte, G. Pink, et A.P. Williams. 1998. The Public-Private Mix in Health Care. Dans *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere. Volume 4*. Ottawa, Forum national sur la santé.

DeCoster, C., L. MacWilliam, et R. Walld. 2000. *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update*. Winnipeg, Centre manitobain des politiques en matière de santé.

Decter, M.B. 2000. *Four Strong Winds: Understanding the Growing Challenges to Health Care*. Toronto, Stoddart Publishing.

Devereaux, P.J., P.T.L. Choi, C. Lacchetti, B. Weaver, H.J. Schünemann, T. Haines, J.N Lavis, B.J.B. Grant, D.R.S. Haslam, M. Bhandari, T. Sullivan, D.J. Cook, S.D. Walter, M. Meade, H. Khan, N. Bhatnagar, et G.H. Guyatt. 2002. A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-Profit Hospitals and Private Not-For-Profit Hospitals. *JAMC* 166(11), 1399-1406.

DGSPNI 2001. Voir SC (Santé Canada). 2001b.

_____. 1999. Voir SC (Santé Canada). 1999b.

Dickinson, H. 2002. Comment faire participer vraiment le public à l'élaboration et au maintien d'une vision globale du système de santé qui corresponde à ses valeurs et à ses principes? Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Donald, A. 1999. Political Economy of Technology Transfer. *BMJ* 319, 1-3.

Donaldson, C., G. Currie et C. Mitton. 2001. *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System: Lessons from Abroad. C.D. Howe Institute Commentary 151*. Toronto, Institut C.D. Howe.

Donaldson, C., C. Mitton, et G. Currie. 2002. *Managing Medicare: The Prerequisite to Spending or Reform. C.D. Howe Institute Commentary 157*. Toronto, Institut C.D. Howe.

Durand, P. J., A. Tourigny, L. Bonin, M. Paradis, A. Lemay et P. Bergeron. 2001. Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs. Ottawa, Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada.

Edmonton Palliative Care Program. 2002. Regional Care Services. Acute Palliative Care Unit. Edmonton, Community Care Services, Capital Health.

EKOS Research Associates. 2002. Report on the Future of Health Care in Canada: General Public Survey. Ottawa, EKOS.

Embree, J. 2001. It's Time for a National Immunization Strategy. *Paediatrics and Child Health* 6(6), 316-318.

Epps, T., et C. Flood. 2002. *The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded The Opportunity for Innovation Health Care Reform*. Toronto, Université de Toronto, Faculté de Droit.

Evans, R.G. 2002a. Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. Dans *Funding Health Care: Options for Europe*. Edité par E. Mossialos, A. Dixon, et J. Figueras. Buckingham, Open University Press, 31-58.

_____. 2002b. Lever les fonds: options, consequences et objectifs pour le financement des soins de santé du Canada. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Evans, R.G., M.L. Barer, G.L. Stoddart, et V. Bhatia. 1993. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?* Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Family Caregivers Association of Nova Scotia. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Halifax, le 17 avril, Halifax, Nouvelle-Écosse.

Favel-King, A. 1993. Le droit à la santé conféré par traité. Dans *Sur le chemin de la guérison : rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*. Ottawa, Commission royale sur les peuples autochtones.

FCFA (Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada). 2001. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français. Étude coordonnée par la FCFA du Canada pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.* Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada.

FCRSS (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé). 2002a. Depoliticizing Healthcare: Achievable or Even Desirable? Third Annual Invited Exchange, 31 mai – 1er juin, organisé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Mississauga, Ontario.

_____. 2002b. *Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada*. Document d'information/de sondage préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2001. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Synthèse pour politiques.* Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

FCSII (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers). 2002. *CFNU National Nurses' Salaries Data Base*. Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Feachem, R.G.A., N.K. Sekhri, et K.L. White. 2002. Getting More For Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente *BMJ* 324(7330), 135-141.

Fearn, R.1987. Rural Health Care: A British Success or a Tale of Unmet Need? *Social Science and Medicine* 24(3), 263-274.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Québec, le 25 mars, Québec, Québec.

Flood, C. et S. Choudhry. 2002. Consolider les fondements : la modernisation de la *Loi canadiennne sur la santé*. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

FNS (Forum national sur la santé). 1997a. *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier. Volume I. Rapport final du Forum national sur la santé*. Ottawa, Forum national sur la santé.

_____. 1997b. *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier. Volume II.Rapport de synthèse et documents de référence*. Ottawa, Forum national sur la santé.

Forget, E.L., R. Deber, et L.L.Roos. 2002. Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs? *JAMC* 167(2), 143-147.

Fyke 2001. Voir Saskatchewan. Commission on Medicare. 2001.

Gagnon 1992. Voir Canada. Santé et Bien-être social Canada. 1992.

Gamm, L. 1998. Advancing Community Health Through Community Health Partnerships. *Journal of Healthcare Management* 43(1), 51-67.

Gamm, L., L. Hutchison, G. Bellamy, et B.J. Dabney. 2002. Rural Healthy People 2010: Identifying Rural Health Priorities and Models for Practice. *Journal of Rural Health* 18(1), 9-14.

General Accounting Office 1991. Voir U.S. General Accounting Office. 1991.

Garattini, S., et V. Bertele. 2002. Efficacy, Safety, and Cost of New Anticancer Drugs. *BMJ* 325(7358), 269-271.

Gavin, M., et A. Esmail. 2002. Solving the Recruitment Crisis in UK General Practice: Time to Consider Physician Assistants? *Social Policy and Administration* 36(1), 76-89.

Gerdtham, U.G. et B. Jönsson. 2000. International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. Dans *Handbook of Health Economics*, Volume1A. Edité par A.J. Culyer, et J.P. Newhouse. New York, Elsevier, 11-53.

Gibson, D. 1996. The *Canada Health Act* and the Constitution. *Health Law Journal* 4, 1-33.

Glynn, P., M. Taylor, et A. Hudson. 2002. *Surgical Wait List Management: A Strategy for Saskatchewan. A Report to Saskatchewan Health*. Regina, Saskatchewan Health.

Goddard, M. et P. Smith. 2001. Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK. *Social Science and Medicine* 53, 1149-1162.

Gratzer, D., 2002. *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. Toronto, ECW Press.

_____. 1999. *Code Blue: Reviving Canada's Health Care System*. Toronto, ECW Press.

Gray, B.H. 1999. *The Empirical Literature Comparing For-Profit and Nonprofit Hospitals, Managed Care Organizations and Nursing Homes: Updating the Institute of Medicine Study*. Washington, DC, Coalition for Nonprofit Healthcare.

Grégoire, J.P., P. MacNeil, et K. Skilton. 2001. Inter-Provincial Variation in Government Drug Formularies. *Revue canadienne de santé publique* 92(4), 307-312.

Groupe de recherche et d'analyse du Sécretariat rural. 2001. *Enquête auprès des canadiens des régions rurales 2001*. Ottawa, Secrétariat rural.

Groupe de travail fédéral-provincial. 1992. Rapport de la Conférence des sous-ministres de la Santé sur une Agence canadienne pour l'évaluation de l'information (Service de formulaire national).

Hadley, J. 1982. *More Medical Care, Better Health?: An Economic Analysis of Mortality Rates*. Washington, DC, Urban Institute Press.

Hall 1964. Voir Canada. 1964.

Hampton, M.-J. 2001. *The Eskasoni Story: Eskasoni Primary Care Project Evaluation. Final Report*. Ottawa, Santé Canada.

Harrington, C. 2001. Residential Nursing Facilities in the United States. *BMJ* 323, 507-510.

Hastings 1972. Voir Canada. Santé et Bien-être social. 1972.

Helliwell, J. 2000. *Globalization: Myths, Facts, and Consequences*. Benefactors Lecture. Toronto, Institut C.D. Howe.

Hirdes, J., J. Poss, J.N. Morris, et B.E. Fries. 2002. Données inédites compilées pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Hjortsberg, C., et O. Ghatnekar. 2001. *Health Care Systems in Transition: Sweden 2001*. Copenhague, Observatoire européen des systèmes de santé.

Hlynka 1991. Voir Canada. Santé et Bien-être social Canada. 1991.

Hogan, S., et S. Hogan. 2002. Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible? Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Hogg, P. 1997. *Constitutional Law of Canada: Fourth Edition*. Scarborough, ON: Carswell.

Hollander, M., et N. Chappell. 2002. *Rapport final de l'évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile. Un rapport préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada*. Victoria, Université de Victoria, Centre on Aging.

Hollander, M. et E.Walker. 1998. *Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée. Préparé à la demande du comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires pour les ministres responsables des aînés*. Ottawa, Santé Canada.

Hospice Palliative Care Association of Prince Edward Island. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Charlottetown, le 18 avril, Charlottetown, l'Île-du-Prince-Édouard.

HSURC (Health Services Utilization Research Commission). 1998. *Hospital and Home Care Study*. Saskatoon, Health Services Utilization Research Commission.

Humphreys, J., D. Hegney, J. Lipscombe, G. Gregory, et B. Chater. 2002. Whither Rural Health?: Reviewing a Decade of Progress in Rural Health. *Australian Journal of Rural Health* 10, 2-14.

Humphreys, J., S. Mathews-Cowey, et F. Rolley. 1996. *Health Service Frameworks for Small Rural and Remote Communities - Issues and Options*. Armidale, University of New England.

Hurley, J. 2002. Medical Savings Accounts Will Not Advance Canadian Health Care Objectives. *JAMC* 167(2), 152-53.

_____. 2000. Medical Savings Accounts: Approach With Caution. *Journal of Health Services Research and Policy* 5(3), 130-132.

Hutchison, B., et J. Abelson. 1996. Models of Primary Health Care Delivery: Building Excellence through Planned Diversity and Continuous Evaluation. Hamilton, Centre for Health Economics and Policy Analysis.

Hutchison, B., J. Abelson, et J. Lavis. 2001. Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change. *Health Affairs* 20(3), 116-131.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2002a. *Drug Expenditure in Canada, 1985-2001*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2002b. *Les soins de santé au Canada 2002*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2002c. *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2002d. *Supply and Distribution of Registered Nurses in Canada, 2001*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2002e. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2001*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2002f. Données inédites compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2001a. *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1996-1997 à 1998-1999*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001b. *Les soins de santé au Canada 2001*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001c. *Le personnel de la santé au Canada*, 1991 à 2000. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001d. *Home Care Estimates in National Health Expenditures. Feasibility Study*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001e. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001f. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2000*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 2001g. *Preliminary Provincial and Territorial Government Health Expenditure Estimates, 1974/75-2001/02*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

_____. 1999. *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1993-1994 à 1995-1996*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

IMS HEALTH Canada, Compuscript et Statistique Canada. 2002. *Utilisation de médicaments d'ordonnance 2001*. Pointe-Claire, IMS HEALTH Canada.

INCC (Institut national du cancer du Canada). 1999. *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*. Toronto, Institut national du cancer du Canada.

Indian Health Service. 2001. *Indian Health Service — An Agency Profile*. Rockville, Maryland, Indian Health Service.

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. 2002. *Sondage indicateur de l'activité physique en 2001*. Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Institut de la santé des femmes et des hommes. 2002. Mémoire intitulé « Gender, Sex, Health and Health Care », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Instituts de recherche en santé du Canada.

Institut du vieillissement des IRSC. 2002. Mémoire intitulé « La recherche sur le vieillissement : Un apport de données à la rescousse du système de santé canadien », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Instituts de recherche en santé du Canada.

Inuit Tapiriit Kanatami. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Montréal, le 26 mars, Montréal, Québec.

IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada). 2002. Mémoire intitulé « La recherche en santé, garante de la viabilité du système de santé canadien », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Jadad, A.R. 1999. Promoting Partnerships: Challenges for the Internet Age. *BMJ* 319(7212), 761-764.

Johnson, J.R. 2002. Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada? Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Katzmarzyk, P.T., N. Gledhill, et R.J. Shephard. 2000. The Economic Burden of Physical Inactivity in Canada. *JAMC* 163(11),1435-1440.

Kent, T. 2002. *Medicare: It's Decision Time*. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

_____. 2000. *What Should Be Done about Medicare?* Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

Kidney, T., et N.J. MacKinnon. 2001. Preventable Drug-Related Morbidity and Mortality in Older Adults: A Canadian Cost-of Illness Model. *Geriatrics Today* 4(3), 120.

Klienke, J.D. 2001. *Oxymorons: The Myth of a U.S. Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass.

Koehoorn, M., G.S. Lowe, K.V. Rondeau, G. Schellenberg, et T.H. Wagar. 2002. Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé. Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Document de recherche No. W/14.

Kohn, L., J. Corrigan, et M. Donaldson, eds. 2000. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academy Press.

Kozyrskyj, A.L., C.A. Mustard, M.S. Cheang, et F.E. Simons. 2001. Income-Based Drug Benefit Policy: Impact on Receipt of Inhaled Corticosteroid Prescriptions by Manitoba Children with Asthma. *JAMC* 165(7), 897-902.

Krever 1997. Voir Canada. 1997.

Kunitz, S.J. 1996. Public Health Then and Now. The History and Politics of U.S. Health Care Policy for American and Alaskan Natives. *American Journal of Public Health* 86(10), 1464-1473.

Lalonde 1974. Voir Canada. 1974.

Langlois, K. 1997. A Saskatchewan Vision for Health: Who Really Makes the Decisions? Dans *Alternative Service Delivery: Sharing Governance in Canada*. Edité par R. Ford et D. Zussman. Toronto, Institut d'administration publique du Canada et Fondation du Centre KPMG pour administration publique, 173-184.

Laurentian University School of Nursing. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Sudbury, le 11 avril, Sudbury, Ontario.

Lazarou, J., B.H. Pomeranz, et P.N. Corey. 1998. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. *JAMA* 279(15), 1200-1205.

LeBourdais, E. 1999. Preferential Treatment for WCB Patients Angers Some MDs. *JAMC* 161(7), 859.

Leeson, H. 2002. La compétence constitutionelle dans le domaine des services et des soins de santé au Canada. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Lehoux, P. 2002. Quel impact auront les technologies de la santé sur les coûts? Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Lewis, S., M.L. Barer, C. Sanmartin, S. Sheps, S.E.D. Shortt, et P.W. McDonald. 2000. Ending Waiting-List Mismanagement: Principles and Practice. *JAMC* 162(9), 1297-1300.

Lexchin, J., M. Sanger, et S. Shrybman. 2002. Assessing the Impact of Trade and Investment Agreements on Canadian Health Services and Health Policy. Document de référence. Ottawa, Centre canadien des politiques alternatives.

Lissauer, M. 2002. The Future Workforce. *BMJ* 325(7363):S73.

Lomas, J. 2000. Connecting Research and Policy. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research* 1(1), 140-144.

MacAdam, M. 1999. Home care: It's time for a Canadian model. *Healthcare Papers* 1(4), 9-36.

Macintyre, S., et M. Petticrew. 2000. Good Intentions and Received Wisdom are Not Enough. *Journal of Epidemiology & Community Health* 54(11), 802-803.

Maioni, A. 2002. Rôles et responsabilités en matière de politique de soins de santé. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Majnoni d'Intignano, B. 2001. *Santé et économie en Europe*. Paris, Presses Universitaires de France.

Makomaski-Illing, E.M., et M.J. Kaiserman. 1999. La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. *Maladies chroniques au Canada* 20(3), 111-117.

Marmor, T.R., M. Schlesinger, et R.W. Smithey. 1987. Nonprofit Organizations and Healthcare. Dans *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. Edité par W.W. Powell. New Haven, Yale University Press, 1-35.

Martens, D. 2002. Graphic Tobacco Warnings Having Desired Effect. *JAMC* 166(11), 1453.

Martens, P., R. Bond, L. Jebamani, C. Burchill, N. Roos, S. Derksen, M. Beaulieu, C. Steinbach, L. MacWilliam, R. Walld, et N. Dik. 2002. *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*. Winnipeg, Centre manitobain des politiques en matière de santé.

Martin, S. 2002. *What Paperless Office? JAMC* 167(2), 182.

Maslove, A.M. 1998. National Goals and the Federal Role in Health Care. Dans *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere. Volume 4*. Ottawa, Forum national sur la santé, 367-399.

Mathers, C.D., R. Sadana, J.A. Salomon, C.J.L. Murray, et A.D. Lopez. 2000. Estimates of DALE for 191 Countries: Methods and Results. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme mondial des politiques de santé, Document de recherche No. 16.

Mathies, D.J. 2000. Better Funding Model Means Better Patient Care. *Family Practice Magazine*. 1er mars.

Maynard, A., et A. Dixon. 2002. Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. Dans *Funding Health Care: Options for Europe*. Edité par E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, et J. Kutzin. Buckingham, Open University Press, 109-127.

Mazankowski 2001. Voir Alberta. 2001.

McCallum, J. 1995. National Borders Matter: Canada-U.S. Regional Trade Patterns. *American Economic Review* 85, 615-623.

McDaid, D. 2000. *ASTEC Report on Canada*. London, Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union.

McDonald, P.W. 1995. A Case For the Treatment of Obesity. *Journal of the Canadian Dietetic Association* 56, 131-136.

McFarlane, L., et C. Prado. 2002. *The Best-Laid Plans: Health Care's Problems and Prospects*. Montréal, McGill-Queen's University Press.

McMahon, F., et M. Zelder. 2002. Making Health Spending Work. *Healthcare Papers* 2(4), 43-7.

Mechanic, D. 2000. Rediscovering the Social Determinants of Health. *Health Affairs* 19(3), 269-276.

Mehmet, O. 2002. The Emerging Global Labour Market: Some Implications for International Health. Document présenté lors de la World Health Organization consultation on Imbalances in the Health Workforce, du 10 au 12 mars, Ottawa, Ontario.

Mendelsohn, M. 2002. *Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation*. Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Migué, Jean-Luc. 2002. Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Millar, J. 2001. System Performance is the Real Problem. *Healthcare Papers* 2(1), 79-84.

Miller, F., J. Hurley, S. Morgan, R. Goeree, P. Collins, G. Blackhouse, M. Giacomini, et B. O'Brien. 2002. *Predictive Genetic Tests and Health Care Costs: Final Report Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long Term Care*. Hamilton, Centre for Health Economics and Policy Analysis.

MNU (Manitoba Nurses Union). 2002. *Nurses Ratify Agreement*. Communiqué, 18 avril.

Montmarquette 2001. Voir Québec. Le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance-médicaments au Québec. 2001.

Morgan, S. et J. Hurley. 2002a. Pressions sur la hausse des coûts induites par les technologies des soins de santé. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2002b. The Health Economic Consequences of an Aging. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2(2), 89-91.

Morris, J.N., B.E. Fries, K. Steel, N. Ikegami, R. Bernabei, G.I. Carpenter, R. Gilgen, J.P. Hirdes, et E. Topinkova. 1997. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society* 45(8), 1017-1024.

Mossialos, E., et A. Dixon. 2002. Funding Health Care: An Introduction. Dans *Funding Health Care: Options for Europe*. Edité par by E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, et J. Kutzin. Buckingham, Open University Press, 1-30.

Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, et J. Kutzin (eds.). 2002. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham, Open University Press.

Moynihan, R. 2002. Alosetron: A Case Study in Regulatory Capture, or a Victory for Patients' Rights? *BMJ* 325(7364), 592-595.

Multicultural Women's Organization of Newfoundland and Labrador. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à St. John's, le 15 avril, St. John's, Terre-Neuve.

Nestle, M. 2002. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley, University of California Press.

New Brunswick. 2002. *New Contract for N.B. Doctors Offers Financial Incentives and Fatter Fees*. Presse canadienne, 24 juin.

Newfoundland and Labrador Health in Pluralistic Societies. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à St. John's, le 15 avril, St. John's, Terre-Neuve.

Ng, E., R. Wilkins, J. Pole, et O.B. Adams. 1999. How Far to the Nearest Physician? *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin* 1(5), 1-7.

NIHCM Foundation (National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation). 2002. *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*. Washington, DC, National Institute for Health Care Management.

Nordhaus, W. 2002. The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards. Cambridge, National Bureau of Economic Research, Working Paper 8818.

Noseworthy, T., J. McGurran, D. Hadorn and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. 2002. Waiting for Scheduled Services in Canada: Development of Priority-Setting Scoring Systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practise* 8. In Press.

Nunavut. Ministre de la Santé et des Services sociaux. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Iqualit, le 8 avril, Iqaluit, Nunavut.

OCCETS (Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé). 2002a. *2001, Inventaire national : Tomodensitomètres (TDM)*. Ottawa, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.

_____. 2002b. *2001, Inventaire national : Appareils d'IRM (imagerie par résonance magnétique*. Ottawa, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2002a. *Être à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

_____. 2002b. *Eco-Santé OCDE 2002. Analyse comparative de 30 pays*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

_____. 2001a. *Panorama de la santé*. Paris, Organisation de cooperation et de développement économiques.

_____. 2001b. *Eco-Santé OCDE 2001. Analyse comparative de 30 pays*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

_____. 2001c. *The Development of Broadband Access in OECD Countries*. Working Party on Telecommunication and Information Services Policies. Committee for Information, Computer and Communications Policy. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

_____. 2000. OECD Statistical and Analytical Information on Ageing. Prepared for the NBER-Kiel Institute Conference: Coping with the Pension Crisis — Where Does Europe Stand? Berlin, mars. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.

OMC (Organisation mondiale du commerce). 2001. *Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*. Adoptée le 14 novembre. Conférence ministérielle de l'OMC, Doha, quatrième session. Genève, Organisation mondiale du commerce.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2002. Trente minutes pour toute une vie en bonne santé. Communiqué de presse EURO/07/02. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

_____. 2001. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Annexe Statistique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé.

_____. 1998. *Glossaire de la promotion de la santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé.

_____. 1997. *Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World.* Projet mondial OMS/UICTMR sur la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, 1994-1997. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

_____. 1978. Déclaration d'Alma-Ata. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, du 6 au 12 septembre, Alma-Ata, URSS. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

O'Neil, J. 1995. Issues in Health Policy for Indigenous Peoples in Canada. *Australian Journal of Public Health*, 19(6), 559-566.

ONSA (Organisation nationale de la santé autochtone). 2002. *Discussions sur la santé des Autochtones: partageons nos difficultés et réussites. Ébauche du compte rendu.* Forum autochtone organisé conjointement par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et ONSA, 26 juin, Aylmer, Québec. Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone.

_____. 2001. Mémoire intitulé « Making a Difference », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ontario. 2002. *Rapport de l'Ontario aux premiers ministres : Génétiques, dépistage et brevetage : Nouvelles frontières dans le domaine de la santé. Résumé.* Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

Ontario. 1999. Étude sur la petite enfance. [L'honorable Margaret Norrie McCain et J. Fraser Mustard, co-présidents]. Toronto, Secrétariat à l'enfance de l'Ontario.

Ontario. Ministère de la Santé. 1997. Access to Quality Health Care in Rural and Northern Ontario: The Rural and Northern Health Care Framework. Toronto, ministère de la Santé.

O'Reilly, P. 2001. The Federal/Provincial/Territorial Health Conference System. Dans *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada.* Edité par D. Adams. Montréal, McGill-Queen's University Press, 107-129.

Organisation des chefs du Sud du Manitoba et Assemblée des chefs du Manitoba. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Winnipeg, le 6 mars, Winnipeg, Manitoba.

Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à St. John's, le 15 avril, St. John's, Terre-Neuve.

Ouellet, R. 2002. Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Pampalon, R. 1991. Health Discrepancies in Rural Areas in Quebec. *Social Science and Medicine* 33(4), 355-360.

Pauktuutit - Inuit Women's Association. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Iqaluit, le 8 avril, Iqaluit, Nunavut.

Pitblado, J. R., R.W. Pong, A. Irvine, K.V. Nagarajan, V. Sahai, J. Zelmer, L. Dunidowski, et D.A. Pearson. 1999. *Assessing Rural Health: Toward Developing Health Indicators for Rural Canada.* Sudbury, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement). 2002. *Rapport mondial sur le développement humain 2002. Approfondir la démocratie dans un monde fragmenté.* Bruxelles, De Boeck & Larcier.

_____. 2001. *Rapport mondial sur le développement humain 2001. Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain.* Bruxelles, De Boeck & Larcier

Pollack, A., J. Shaoul, D. Rowland, et S. Player. 2001. Public Services and the Private Sector: A Response to the IPPR. London, Catalyst, Working Paper.

Pong, R. 2002. *De la connaissance à la pratique. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de rapports de synthèse. La santé rurale et la télésanté.* Ottawa, Santé Canada.

Prince Edward Island Nurses Union. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Charlottetown, le 18 avril, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard.

Propper, Carol. 2001. Expenditure on Health Care in the UK : A Review. *Fiscal Studies* 22, 151-184.

Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2001. *Solutions émergentes : Rapport et recommendations.* [M. Clair, président]. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Québec. Le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance-médicaments au Québec. 2001. *Pour un régime d'assurance-médicaments équitable et viable. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance-médicaments au Québec.* [C. Montmarquette, président]. Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Ramsay, C. 2002. Un cadre de détermination de l'ampleur du financement public des programmes et services. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2001. *Beyond the Public-Private Debate: An Examination of Quality, Access, and Cost in the Health-Care Systems of Eight Countries.* Vancouver, Western Sky Communications.

Rawson, N.S.B. 2002. Issues in the Approval of, Access to, and Post-Marketing Follow-Up of New Drugs in Canada: A Personal Viewpoint. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 11(4), 335-340.

_____. 2000. Time Required for Approval of New Drugs in Canada, Australia, Sweden, the United Kingdom and the United States in 1996-1998. *JAMC* 162(4), 501-504.

RCRPP (Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques). 2002. La planification des resources humaines en santé au Canada. Rapport sommaire préparé par C. Fooks, K. Duvalko, P. Baranek, L. Lamothe et K. Rondeau du projet de recherche sur les ressources humaines en santé, pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

_____. 2001. *Asking Citizens What Matters for Quality of Life in Canada. A Rural Lens.* Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

Read, S. 1995. Issues in Health Management - Promoting First Nations Wellness in Times of Change. Dans *A Persistent Spirit: Toward Understanding Aboriginal Health Care in British Columbia.* Edité par P.H. Stephenson, S.J. Elliott, L.T. Foster, et J. Harris. Victoria, Western Canadian Geographical, 297-325.

Région sanitaire de Calgary. 2002a. *Backgrounder: Electronic Health Record.* Calgary, Région sanitaire de Calgary.

_____. 2002b. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Calgary, le 30 avril, Calgary, Alberta.

Reichert, B., et M. Windover. 2002. Canadian Pharma...Falling Behind? *Biotechnology Focus* 5(3), 16-18.

Reinhardt, U.E., P.S. Hussey, et G.F. Anderson. 2002. Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999. *Health Affairs* 21(3), 169-181.

Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. 2001. *Driven by Data, Consensus and Concern.* Toronto, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Ottawa, le 4 avril, Ottawa, Ontario.

Reuber, G.L., et F. Poschmann 2002. Increasing Patient Incentives to Improve the Financial Stability of the Health Care System. Document présenté le 24 mai à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, lors de la table ronde sur les options en matière de financement. Toronto, Institut C.D. Howe.

Richards, J. 2002. Indian/non-Indian Life Expectancy : Why the Gap? *Inroads* 12, 48-59.

Richards, S.H., J. Coast, D.J. Gunnell, T.J. Peters, J. Pounsford, et M.A. Darlow. 1998. Randomised Controlled Trial Comparing Effectiveness and Acceptability of an Early Discharge, Hospital at Home Scheme With Acute Hospital Care. *BMJ* 316(7147), 1796-1801.

RNAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario). 1997. *Policy Statement: Shortened Length of Obstetrical Stay*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Rochefort, D.A. 2001. The Backlash Against Managed Care. Dans *The New Politics of State Health Policy*. Edité par R.B. Hackey, et D.A. Rochefort. Lawrence, University Press of Kansas, 113-141.

Rode, M. et M. Rushton. 2002. Options pour le financement des soins de santé. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Roine, R., A. Ohinmaa, et D. Hayley. 2001. Assessing Telemedicine: A Systematic Review of the Literature. *JAMC* 165(6), 765-71.

Rosenberg, M.W. 2000. The Effects of Population Aging on the Canadian Health Care System. Hamilton, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), McMaster University, SEDAP Research Paper No. 14.

Roussos, S.T., et S.B. Fawcett. 2000. A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. *Annual Review of Public Health* 21, 369-402.

RPM (Réunion des premiers ministres). 2002. *Les provinces tracent la voie pour l'avenir des services de santé*. Rencontre provinciale-territoriale des premiers ministres, les 24 et 25 janvier, Vancouver. Ottawa, Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes.

_____. 2000. *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*. Le 11 septembre. Ottawa, Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes.

Saltman, R.B., et J. Figueras, eds. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhague, Observatoire européen des systèmes de santé.

Salvage, J. 2002. *Rethinking Professionalism: The First Step For Patient-Focused Care?* Future Health Worker Project. London UK, IPPR.

Sanmartin, C., C. Houle, J.-M. Berthelot et K. White. 2002. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa, Statistique Canada.

Saskatchewan. Commission on Medicare. 2001. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. [K.J. Fyke, commissaire]. Regina, Saskatchewan Health.

SC (Santé Canada). 2002a. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2002b. *Ligne directrice à l'intention de l'industrie : Évaluation prioritaire des présentations de drogues*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2002c. *Programme d'accès spécial (PAS). Directives pour faire une demande d'accès spécial*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2001a. *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2000-2001*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2001b. *Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 2000-2001*. Ottawa, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

_____. 2001c. *Recueil des programmes de santé destinés aux Premières nations et Inuits*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2001d. *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001. Annexe statistique*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2001e. *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001. Un Guide méthodologique*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 2001f. *Plan tactique pour l'infostructure pancanadienne de la santé. Mise à jour de 2001*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infostructure de la santé. Ottawa, Bureau de la santé et de l'inforoute.

_____. 2001g. *L'assurance-médicaments au Canada : Enjeux et options*. Ottawa, Santé Canada, document de travail 01-01.

_____. 2001h. *Services de santé non assurés, Rapport annuel, 2000-2001*. Ottawa, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

_____. 2000. *Plan directeur et plan tactique pour l'infostructure pancanadienne de la santé*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infostructure de la santé. Ottawa, Bureau de la santé et de l'inforoute.

_____. 1999a. *Examen interne de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé*. Ottawa, Santé Canada.

_____. 1999b. *Deuxième diagnostic sur la santé des peuples des Premières nations et Inuits au Canada*. Ottawa, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Schieber, G., et A. Maeda. 1997. A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. Dans *Innovation in Health Care Financing*. Edité par G.J. Schieber. Washington, Banque mondiale, document de recherche 365, 1-38.

Schulz, R., et S.R. Beach. 1999. Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 282(23), 2215-2219.

Sénat 2001. Voir Canada. Sénat. 2001.

Sénat 2000. Voir Canada. Sénat. 2000.

Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, lors de l'audience publique tenue à St. John's, le 15 avril, St. John's, Terre-Neuve.

Shortell, S.M., R.R. Gillies, et D.A. Anderson. 1994. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs* 13(5), 46-64.

Shortt, S.E.D. 2002. Medical Savings Accounts in Publicly Funded Health Care Systems: Enthusiasm Versus Evidence. *JAMC* 167(2), 159-62.

_____. 1999. Waiting for Medical Care: Is It Who You Know That Counts? *JAMC* 161(7), 823-824.

Smith, Miriam. 1995. "Retrenching the Sacred Trust: Medicare and Canadian Federalism." Dans *New trends in Canadian Federalism*. Edité par F. Rocher et M. Smith. Peterborough: Broadview Press.

Smythe, J.G. 2001. Tax Subsidization of Employer-Provided Health Care Insurance in Canada: Incidence Analysis. Edmonton, Department of Economics, Université de l'Alberta, document de recherche.

Société de la médecine rurale du Canada. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Sudbury, le 11 avril, Sudbury, Ontario.

Soumerai, S.B., D. Ross-Degnan, E.E. Fortess, et J. Abelson. 1993. A Critical Analysis of Studies of State Drug Reimbursement Policies: Research in Need of Discipline. *Milbank Quarterly* 71(2), 217-252.

Statistique Canada. 2002a. *Statistiques démographiques annuelles 2001*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002b. *Le Canada en statistiques. Population*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002c. *CANSIM II, Tableau 380-0030 : Produit intérieur brut (PIB) et Produit national brut (PNB) aux prix du marché*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002d. *Variations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer.*. Preparé par Jo-Anne Belliveau et Leslie Gaudette. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002e. *Indicateurs de la santé*. Mai 2002, 2002(1). Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002f. *Rapports sur la santé*. Mars 2002, volume 13(3). Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002g. *Le Quotidien*. Le 8 mai. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2002h. La santé dans les collectivités canadiennes. Dans *La santé des Canadiens : Rapport annuel 2002*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2001a. *Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1988 à 2000*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2001b. *2001 Recensement. Chiffres de population et des logements. Régions métropolitaines de recensement (RMR), agglomérations de recensement (AR)*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2001c. *Indicateurs de la santé*. Décembre 2001, volume 2001(3). Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2001d. *Aperçu: accès et utilisation des technologies de l'information et des communications*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 2000. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2000-2026*. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 1998. *Le Quotidien*. Le 13 janvier. Ottawa, Statistique Canada.

_____. 1995. *Projections de la population d'ascendance autochtone, Canada, provinces/régions et territoires, 1991-2016.* Ottawa, Statistique Canada.

Statistique Canada et la Fédération canadienne des sciences sociales.1983. *Statistiques historiques du Canada : Édition électronique* (date de parution, 1999). 2e éd. Ottawa, Statistique Canada.

Stephens, T., M.J. Kaiserman, D.J. McCall et C. Sutherland-Brown. 2000. Prévention du tabagisme en milieu scolaire : les coûts économiques par rapport aux avantages. *Maladies chroniques au Canada* 21(2), 66-72.

Stewart, S., et J.D. Horowitz. 2002. Home-Based Intervention in Congestive Heart Failure: Long-Term Implications on Readmission and Survival. *Circulation* 105(24), 2810-2812.

Sullivan, T., et P. Baranek. 2002. *First Do No Harm: Making Sense of Canadian Health Reform.* Toronto, Malcolm Lester.

SUN (Saskatchewan Union of Nurses) 2002. *Nurses Ratify Collective Agreement.* Communiqué, avril.

Sussex, J. 2001. *The Economics of the Private Finance Initiative in the NHS* London, The Office of Health Economics.

Tamblyn R., R. Laprise, J.A. Hanley, M. Abrahamowicz, S. Scott, N. Mayo, J. Hurley, R. Grad, E. Latimer, R. Perreault, P. McLeod, A. Huang, P. Larochelle, et L. Mallet. 2001. Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. *JAMA* 285(4), 421-429.

T.N.-O. (Territoires du Nord-Ouest). Premier ministre et ministre de la Santé et des Services sociaux. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique de Yellowknife, le 16 mai, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest.

Tuohy, C.H. 2002. The Costs of Constraint and Prospects for Health Care Reform in Canada. *Health Affairs* 21(3), 32-46.

Turenne-Sjolander, C. 1996. The Rhetoric of Globalization: What's in a Wor(l)d?. *International Journal* 51(4), 603-616.

UNA (United Nurses of Alberta) 2001. *Multi-Employer (Facility) Collective Agreement Between The Provincial Health Authorities of Alberta and the United Nurses of Alberta for the Period April 1, 2001 to March 31, 2003.* Edmonton, United Nurses of Alberta.

University of British Columbia, College of Health Disciplines. 2001. Mémoire intitulé « The Importance of Interprofessional Education and Collaboration to the Future of Health Care in Canada », présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

University of Victoria, School of Nursing. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Victoria, le 14 mars, Victoria, Colombie-Britannique.

U.S. Congressional Budget Office. 1991. *Universal Health Insurance Coverage Using Medicare's Payment Rates.* Washington, DC, U.S. Government Printing Office.

U.S. General Accounting Office. 1991. Canadian Health Insurance: Lessons for the United States. Pub. No. GAO/HRD-91-90. Washington, U.S. Government Printing Office.

van Doorslaer, E., X. Koolman, et F. Puffer. 2002. Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need Been Achieved? Dans *Measuring Up: Improving the Performance of Health Systems in OECD Countries.* Edité par P. Smith. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 225-248.

Vellinga, J. 2001. *Commerce international, régimes de soins de santé et services de santé : l'optique de la politique en matière de santé.* Ottawa, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

Waldram, J.B.D., A. Herring, et T. Kue Young. 1995. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspective.* Toronto, University of Toronto Press.

Weaver, S. 1986. Indian Policy in the New Conservative Government. *Native Studies Review* 2(1), 1-43.

Whitten, P.S., F.S. Mair, A. Haycox, C.R. May, T.L. Williams, et S. Hellmich. 2002. Systematic Review of Cost Effectiveness Studies of Telemedicine Interventions. *BMJ* 324(7351), 1434-1437.

Wilkinson, R.G. 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, Routledge.

Wilson, D., H. Northcott, C. Truman, S. Smith, M. Anderson, R. Fainsinger, et M. Stingl. 2001. Location of Death in Canada. A Comparison of 20th-Century Hospital and Nonhospital Locations of Death and Corresponding Population Trends. *Evaluation and the Health Professions* 24(4), 385-403.

Woolhandler, S., et D.U. Himmelstein. 2002. Paying for National Health Insurance — And Not Getting It. *Health Affairs* 21(4), 88-98.

_____. 1991. The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System. *New England Journal of Medicine* 324(18), 1253-1258.

Woolhandler, S., T. Campbell, et D. U. Himmelstein. 2002. Health Care Administration in the U.S. and Canada: Micro-Management, Macro-Costs. Unpublished manuscript.

Yalnizyan, A. 2002. Paying for Keeps: How the Feds can Save Medicare. Centre canadien des politiques alternatives Monographie.

Yukon. Premier ministre, ministre de l'Éducation et ministre de la Santé et des Services sociaux. 2002. Exposé présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, audience publique tenue à Whitehorse, le 2 mai, Whitehorse, Yukon.

Zurn, P., M. Dal Poz, B. Stilwell, et O. Adams. 2002. Imbalances in the Health Workforce. Document présenté à la World Health Organization Consultation on Imbalances in the Health Workforce, Ottawa, du 10 au 12 mars. Genève, Organisation mondiale de la Santé.